



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Terapia Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Relatório elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Sara Isabel Ferreira Duarte

2015

“A primeira coisa que, no mundo, o meu olhar alcança, são os olhos dos outros. Nada faria sentido para mim sem esse alcance primordial. Nem eu seria eu, se o outro não existisse. (...) A aventura do mundo faz-se sempre com os outros, com essa comunidade intersubjetiva que é constituída por mim e os meus próximos. Mas são muitas e imprevisíveis as maneiras de os outros se insinuarem em nós.”,

In “quem nos faz como somos”, de J. L. Pio Abreu (2007)

AGRADECIMENTOS

Obrigada Professor Dr. Rui Martins pela disponibilidade e escuta atenta, pela segurança que transmite e pelo ensinamento constante em cada reflexão.

Obrigada Professora Janete Maximiano, pelo exemplo profissional que é, por toda a generosidade na partilha do conhecimento, pelas reflexões e conselhos que estiveram sempre presentes ao longo deste percurso e que tanto me ajudaram a evoluir pessoal e profissionalmente.

Obrigada a todos os utentes, crianças e adultos, que acompanhei ao longo do estágio, pelo conhecimento que proporcionaram através de todas as experiências vivenciadas.

Obrigada a todo o serviço de psiquiatria, em particular à equipa de Pedopsiquiatria e equipa do Espaço@com, por me terem recebido e integrado da melhor forma e partilhado comigo os seus conhecimentos. Um agradecimento especial à terapeuta Eliana pela disponibilidade e generosidade sempre demonstradas.

Obrigada aos meus pais pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes mesmo longe, por me incentivarem a persistir e por serem o meu pilar.

Obrigada Rafael, Rita, Daniela, Beatriz e Tatiana pela sólida amizade construída nos últimos anos e por terem acompanhado de perto este percurso. Obrigada Dário pela escuta atenta e participativa quando as minhas dúvidas prevaleciam às certezas.

O meu mais sincero agradecimento a todos os que me apoiaram pessoal e profissionalmente ao longo desta caminhada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychiatric Association

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BPM – Bateria Psicomotora

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

EFF – European Forum of Psychomotricity

GOC – Grelha de Observação Comportamental

HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POD – Perturbação de Oposição e Desafio

RCAP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

RPM – Reabilitação Psicomotora

SM – Saúde Mental

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. O estágio profissionalizante realizou-se no serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, e contou com sessões de observação participada e intervenção psicomotora na equipa de pedopsiquiatria e de psiquiatria de adultos.

O relatório inclui um enquadramento teórico com uma revisão legal da saúde mental e o enquadramento profissional do psicomotricista, da prática psicomotora em saúde mental e uma revisão de literatura das psicopatologias mais prevalentes, destacando os principais objetivos da psicomotricidade em cada uma delas. Inclui também o enquadramento da prática profissional, no qual se descreve a organização das atividades de estágio, a caracterização dos utentes acompanhados e do processo terapêutico com dois estudos-caso.

Este estágio permitiu a participação da aluna numa equipa multidisciplinar, e contribuiu positivamente para a sua formação profissional e pessoal, no âmbito dos objetivos definidos pelo RACP no contexto da prática em saúde mental.

Considerando as evoluções observadas nos diferentes utentes acompanhados conclui-se que a intervenção psicomotora realizada foi pertinente quer no contexto pedopsiquiátrico, quer no contexto psiquiátrico.

Palavras-chave: Terapia Psicomotora, Psicomotricidade, Saúde mental infantil e juvenil, Saúde mental de adultos, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Pedopsiquiatria, Psiquiatria, Estudos-caso, Jogo, Relaxação terapêutica.

ABSTRACT

This report describe the training activities carried out under the branch of deepening professional skills (BDPS) of the master degree in Psychomotor Rehabilitation of the Human Kinetics Faculty. The professionalizing training took place at the *Prof. Doutor Fernando Fonseca* Hospital psychiatry service and it relied on participant observation sessions and psychomotor intervention in the pedopsychiatry team and adult psychiatry.

The report comprises a theoretical framework that embodies a legal review of mental health and professional framework of psychomotricity, of the psychomotor practice in mental health and a literature review of the most prevalent psychopathologies, highlighting the major psychomotricity goals in each of them. It also comprises the framing of the professional practice where it is described the organization of the training activities, the characterization of the monitored patients and the therapeutic process with two case studies.

This traineeship has allowed the participation of student in a multidisciplinary team and has contributed positively to her professional and personal training, within the objectives defined by the BDPS in the context of mental health practice.

Considering the evolutions observed in the different patients, it could be concluded that the psychomotor intervention carried out was relevant both in pedopsychiatric context and in psychiatric context.

Keywords: Psychomotor therapy, Psychomotricity, Child and youth mental health, Adults mental health, Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital, Pedopsychiatry, Psychiatry, Case studies, Play, Therapeutic relaxation.

ÍNDICE

Resumo.....	V
Abstract.....	VI
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico.....	2
1. Saúde Mental: definição, epidemiologia e legislação.....	2
1.1. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal	4
1.2. Enquadramento Legal da Prática do Psicomotricista.....	4
2. Psicomotricidade em Saúde Mental.....	5
2.1. Psicomotricidade em Saúde Mental da Infância e Adolescência	8
2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos.....	8
2.3. Metodologias de Intervenção Psicomotora	9
2.3.1. O jogo.....	10
2.3.2. A relaxação terapêutica	11
3. Psicopatologias.....	13
3.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	13
3.1.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade	14
3.1.2. Instabilidade Psicomotora.....	17
3.1.3. Intervenção Psicomotora	18
3.2. Perturbação Disruptiva do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos.....	20
3.2.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade	20
3.2.2. Perturbação de Oposição e Desafio	22
3.2.3. Intervenção Psicomotora	23
3.3. Perturbação Depressiva	24
3.3.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade	24
3.3.2. Intervenção Psicomotora	28
3.4. Perturbações de Ansiedade.....	30
3.4.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade	30

3.4.2.	Intervenção Psicomotora	33
4.	Caracterização Institucional.....	34
4.1.	Caracterização do Serviço de Psiquiatria do HFF	35
4.1.1.	Caracterização da Unidade Funcional Comunitária e Espaço@com..	35
4.2.	Caracterização da Equipa de Pedopsiquiatria	36
III.	Enquadramento da Prática Profissional	37
1.	Organização das Atividades de Estágio	37
1.1.	Objetivos e atividades realizadas	37
1.2.	Calendarização e horário das atividades de estágio.....	38
1.3.	Calendarização das sessões	39
2.	Processo Terapêutico	39
2.1.	Valência de Psicomotricidade no HFF	39
2.1.1.	Sessão tipo.....	40
2.1.2.	Caracterização do contexto físico e materiais de intervenção	42
2.2.	Instrumentos de Avaliação.....	43
2.2.1.	Bateria Psicomotora (BPM)	43
2.2.2.	Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).....	45
2.2.3.	Ficha do Esquema de Tensões	46
2.2.4.	Grelha de Observação do Comportamento (GOC).....	47
2.2.5.	Behaviour Assessment Scale for Children (BASC).....	48
3.	Caracterização da população atendida.....	49
4.	Estudos de Caso	61
4.1.	Estudo de Caso I	61
4.1.1.	História Pessoal e Clínica.....	62
4.1.2.	Avaliação Inicial.....	63
4.1.3.	Elementos Critério e Hipóteses Explicativas.....	64
4.1.4.	Perfil Intraindividual e Objetivos terapêuticos	66
4.1.5.	Projeto Terapêutico	67
4.1.6.	Avaliação Final	71

4.1.7.	Apreciação global	73
4.2.	Estudo de Caso II	74
4.2.1.	História Pessoal e Clínica.....	75
4.2.2.	Avaliação Inicial.....	76
4.2.3.	Elementos Critério e Hipóteses Explicativas.....	78
4.2.4.	Perfil Intraindividual e Objetivos Terapêuticos	80
4.2.5.	Projeto Terapêutico	81
4.2.6.	Avaliação Final	83
4.2.7.	Apreciação global	85
5.	Dificuldades e Limitações	86
6.	Atividades complementares de formação	86
6.1.	Reuniões semanais de núcleo de estágio	87
6.2.	Sessões clínicas do HFF	87
6.2.1.	Apresentação “Regulação Tônicoemocional na Terapia Psicomotora”.....	87
6.3.	Reuniões das equipas comunitárias de Psiquiatria e da equipa de Pedopsiquiatria.....	87
6.4.	Artigo “ <i>Depressão infantil: perda e desesperança</i> ”	88
6.5.	Contribuição na estruturação da Grelha de Observação do Comportamento (GOC)	88
IV.	Considerações Finais.....	89
V.	Referências Bibliográficas.....	92
VI.	Anexos.....	XII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Calendarização das principais etapas do estágio	38
Tabela 2. Horário semanal das atividades de estágio	39
Tabela 3. Calendarização das sessões de psicomotricidade	39
Tabela 4. Identificação do utente PS	49
Tabela 5. Identificação do utente RS	50
Tabela 6. Identificação do utente JN	52
Tabela 7. Resultados da avaliação inicial e final da BPM do utente JN	54
Tabela 8. Identificação da utente MR	55
Tabela 9. Resultados da avaliação inicial e final da BPM da utente MR	56
Tabela 10. Identificação da utente FP	57
Tabela 11. Objetivos gerais e específicos da utente FP	59
Tabela 12. Identificação do utente NR	61
Tabela 13. Perfil Intraindividual do utente NR	66
Tabela 14. Objetivos gerais e específicos do utente NR	67
Tabela 15. Identificação da utente MO	74
Tabela 16. Perfil Intraindividual da utente MO	80
Tabela 17. Objetivos gerais e específicos da utente MO	80

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria do HFF	35
Ilustração 2. Desenhos do Corpo do JN (inicial e final)	54
Ilustração 3. Ficha do Esquema de Tensões da FP (inicial e final)	59
Ilustração 4. Desenhos do Corpo da FP (inicial e final)	59
Ilustração 5. Desenho do Corpo do NR	64
Ilustração 6. Desenho do Corpo da MO (avaliação inicial)	76
Ilustração 7. Resultados da SCL-90-R da MO (avaliação inicial)	77
Ilustração 8. Ficha do Esquema de Tensões da MO (avaliação inicial)	77
Ilustração 9. Desenho do Corpo da MO (avaliação final)	83
Ilustração 10. Resultados da SCL-90-R da MO (avaliação final)	84
Ilustração 11. Ficha do Esquema de Tensões da MO (avaliação final)	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados comparativos da GOC inicial e final (1)	71
Gráfico 2. Resultados comparativos da GOC inicial e final (2)	72

ÍNDICE DE ANEXOSXII

Anexo 1. Apresentação "Análise do Desenho Infantil"	
Anexo 2. Ficha do Esquema de Tensões	
Anexo 3. GOC	
Anexo 4. Plano e relatório de sessão do PS	
Anexo 5. Avaliações do RS	
Anexo 6. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos do RS	
Anexo 7. Plano e relatório de sessão do RS	
Anexo 8. Relatório de reunião com mãe do RS	
Anexo 9. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos do JN	
Anexo 10. Plano e relatório de sessão do JN	
Anexo 11. Modificações comportamentais e atitudinais da MR ao longo da intervenção	
Anexo 12. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos da MR	
Anexo 13. Plano e relatório de sessão da MR	
Anexo 14. Avaliações da FP	
Anexo 15. Perfil Intraindividual e plano terapêutico da FP	
Anexo 16. Plano e relatório de sessão da FP	
Anexo 17. Plano e relatório de sessão do grupo Come&Go	
Anexo 18. Exemplos de relatórios de sessão do NR	
Anexo 19. Planos e relatórios de sessão da MO	
Anexo 20. Apresentação na sessão clínica do HFF	
Anexo 21. Apresentação Estudo de Caso I – Pedopsiquiatria	
Anexo 22. Apresentação Estudo de Caso II – Psiquiatria	

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende a descrição das atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante no âmbito do ramo de aprofundamento de competências profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais do presente estágio visam estimular o domínio do conhecimento científico e metodológico no âmbito da Reabilitação Psicomotora; dotar o profissional da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços ou programas, adquirindo competências necessárias ao desenvolvimento de metodologias e instrumentos específicos de avaliação e intervenção nos diferentes contextos terapêuticos; e contribuir para o desenvolvimento de novas perceções profissionais e políticas, visando desenvolver o enquadramento profissional e científico da área. Especificamente ao nível da saúde mental, o estágio visa desenvolver metodologias, instrumentos e programas específicos de avaliação e intervenção (Martins, Simões, & Brandão, 2014-2015).

O estágio decorreu no serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), mais concretamente na equipa de Pedopsiquiatria e na equipa Espaço@com (equipa de reabilitação psicossocial inserida na Unidade Funcional Comunitária, da psiquiatria de adultos).

Este documento é constituído por seis capítulos, sendo o primeiro esta introdução. O capítulo II remete para o enquadramento teórico que pretende enquadrar legalmente a saúde mental e a profissão do psicomotricista, caracterizar a psicomotricidade no âmbito da saúde mental, e descrever as patologias com maior incidência na população atendida. O capítulo III visa a descrição da organização das atividades de estágio propriamente ditas, nomeadamente as especificidades da intervenção psicomotora no hospital em questão, os instrumentos de avaliação, a caracterização genérica da população atendida e dois estudos de caso descritos mais pormenorizadamente, um acompanhado na equipa de pedopsiquiatria e outro na equipa do Espaço@com. No fim deste capítulo encontram-se as dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio e as atividades complementares de formação. O capítulo IV corresponde às considerações finais onde se procede a uma reflexão e análise crítica sobre o estágio e o desenvolvimento pessoal e profissional da estagiária. Por fim, o capítulo V diz respeito às referências bibliográficas e o capítulo VI é composto pelos anexos que, pela sua extensão, se encontram em suporte digital.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo aborda os conceitos de saúde mental e psicomotricidade neste contexto, incluindo o enquadramento legal da saúde mental em Portugal e da profissão do psicomotricista, e os métodos de intervenção psicomotora. De seguida será realizada uma caracterização das psicopatologias mais prevalentes nos utentes acompanhados neste estágio e dos principais objetivos da intervenção psicomotora em cada uma delas. Por fim, será realizada a caracterização institucional da entidade onde decorreu o estágio profissionalizante.

1. SAÚDE MENTAL: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E LEGISLAÇÃO

A definição de saúde mental (SM) é parte integrante do conceito global de saúde que a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) define como *“um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*, reconhecendo que *“adquirir o melhor estado de saúde possível é um dos direitos fundamentais do ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição económica ou social”* (WHO, 1946). O termo SM é definido pela OMS como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e consegue dar um contributo para a sua comunidade”*, considerando-se que a SM é a base para o bem-estar e funcionamento do indivíduo. Em relação à SM da criança e do adolescente, a mesma fonte enfatiza os aspetos de desenvolvimento, como *“ter um sentimento positivo de identidade, ter capacidade de gerir pensamentos e emoções, assim como ter a capacidade de construir relações sociais e a aptidão para aprender, permitindo a sua participação plena e ativa na sociedade”* (WHO, 2013).

A doença mental tem sido cada vez mais compreendida como um produto de múltiplas interações complexas, pelo que o risco de desenvolvimento de sintomas psiquiátricos está diretamente relacionado com a vulnerabilidade de cada indivíduo e com o contexto onde este se insere (WHO, 2004; Alves & Rodrigues, 2010). Deste modo, a SM de um indivíduo pode ser comprometida por fatores biológicos, nomeadamente a capacidade para gerir os seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros; ou por fatores sociais, culturais e ambientais, tais como políticas nacionais, proteção social, estilos de vida, condições de trabalho e apoios sociais existentes na comunidade (WHO, 2004; WHO, 2013). Estudos indicam que o conhecimento dos determinantes sociais e económicos da SM é de extrema importância pois fornece informações que devem ser integradas nas políticas de Saúde Pública, de modo a melhorar a SM da população e a reduzir o impacto global da doença. Entre os fatores sociais e económicos, salientam-se o *emprego*, no qual a

insegurança laboral, os sentimentos de humilhação e desespero, a falta de suporte social, o baixo rendimento económico e a consequente carência de bens essenciais são fatores que conduzem a elevadas taxas de ansiedade, depressão e suicídio (WHO, 2004; WHO, 2013; Alves & Rodrigues, 2010); a *educação*, em que se verifica uma associação inversa entre o nível de habilitações e a existência de doença mental; a *urbanização*, em que é possível identificar uma associação entre viver em grandes cidades e um maior risco de desenvolver uma doença mental, assim como a residência em meios rurais muito isolados podem conduzir à mesma tendência; *ambiente familiar e experiências precoces e acontecimentos de vida stressantes*, tais como o abuso infantil, violência, doenças crónicas e outros eventos traumáticos que estão associados a um maior risco de depressão, ansiedade e suicídio (Alves & Rodrigues, 2010).

Considerando os dados epidemiológicos presentes no Plano Nacional de Saúde Mental (2008), as perturbações psiquiátricas e os problemas de SM tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade em todos os grupos etários (CNSM, 2008). De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou doença mental nos 12 meses anteriores à entrevista, perfazendo 22,9% da população. Em comparação com os estudos realizados em mais de 30 países de todos os continentes, com base na mesma metodologia, constatou-se que esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor semelhante à Irlanda do Norte que ocupa o primeiro lugar com 23,1%. Em Portugal, as perturbações de ansiedade apresentam a prevalência mais elevada (16,5%), seguindo-se as perturbações depressivas, de controlo de impulsos e perturbações por abuso de substâncias (Almeida & Xavier, 2013). Os dados apresentados podem ser indicadores de um défice na prevenção e intervenção precoce nos problemas de SM em Portugal (CNSM, 2008). A confirmar esse défice estão os dados da OMS que estimam que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentem pelo menos uma perturbação mental antes dos 18 anos de idade, o que corrobora a noção de que muitas patologias psiquiátricas dos adultos têm início ainda em idade pediátrica (CNSM & ACSS, 2012).

O estudo anteriormente citado revela ainda que dos resultados obtidos nos dez países europeus, foi em Portugal onde se verificou o número mais elevado de uso de psicofármacos (Almeida & Xavier, 2013). Deste modo, é de notar a importância de investir no desenvolvimento de intervenções precoces ao nível da SM infantil e juvenil, no sentido de prevenir e reduzir o risco de desenvolver psicopatologia e de diminuir os encargos para a sociedade (CNSM & ACSS, 2012), nomeadamente ao nível dos gastos na medicação.

1.1. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental foi instituída a partir do Decreto-Lei nº36/98 cujos princípios gerais da política de SM preveem a prestação de cuidados na comunidade, sendo o menos restritivo possível, ao mesmo tempo que define que os encargos dos serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social são comparticipados pelo Estado, nomeadamente por membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego (Lei nº36/98). Após consagrar os princípios gerais da política de SM no Decreto-Lei nº 36/98, impôs-se a necessidade de estabelecer um novo regime de organização e funcionamento dos serviços de SM através da efetiva articulação funcional das áreas da educação, emprego e ação social. Neste sentido surgiu o Decreto-Lei nº35/99 que institui os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de SM (Decreto-Lei nº 35/99).

Em 2006 foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no sentido de estudar a situação da prestação dos cuidados de SM a nível nacional e de propor um plano de ação para reestruturação e desenvolvimento dos serviços de SM. O trabalho da Comissão resultou no Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016, aprovado pela resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, que visa assegurar o acesso equitativo a cuidados de SM e reduzir o impacto das perturbações mentais, contribuindo para a promoção da SM da população (Decreto-Lei nº304/09).

Atualmente, a Lei de Saúde Mental é decretada pela Lei nº304/2009 que incorpora o Decreto-Lei nº35/99, as alterações resultantes do Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016 e as alterações da organização do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº304/09). Para além da lei de saúde mental, foi criado o Decreto-Lei nº8/2010 destinado aos Cuidados Integrados de Saúde Mental, que define um conjunto de unidades e equipas, incluindo estruturas residenciais, socio-ocupacionais e de apoio domiciliário, que se articulam com os serviços locais de SM e com a rede nacional de cuidados continuados (Decreto-Lei nº8/10). Relativamente à prestação de cuidados de SM, o Decreto-Lei 304/2009 prevê que deve ser assegurada por equipas multidisciplinares capazes de responder às necessidades médicas, psicológicas, sociais e de reabilitação, enquanto o Plano aprovado reforça a necessidade da participação e intervenção de outros profissionais além do serviço médico (psicomotricistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) (Decreto-Lei nº304/09; CNSM, 2008).

1.2. Enquadramento Legal da Prática do Psicomotricista

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), associação sem fins lucrativos que representa a entidade profissional do psicomotricista, define que estes

profissionais podem exercer a sua prática no âmbito terapêutico, reabilitativo e/ou preventivo, especificamente em problemáticas do desenvolvimento psicomotor, do comportamento, da aprendizagem e do foro psicoafetivo. Os psicomotricistas atuam nos setores público e privado, nomeadamente em jardins-de-infância, escolas com e sem ensino especial, centros de dia, instituições para pessoas com deficiência, para pessoas idosas e de inserção social, residências para crianças e jovens, hospitais gerais e psiquiátricos, associações desportivas, projetos municipais e clínicas privadas (APP, 2012a).

Atualmente a profissão do psicomotricista ainda não se encontra regulamentada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, porém a APP continua a desenvolver iniciativas promotoras da regulamentação da mesma pelas entidades competentes (APP, 2012b). Através desses esforços já se tornou possível a regulamentação da profissão nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (APP, 2012b) e a inclusão da profissão na Classificação Portuguesa de Profissões 2010, descrita pelo código 2269.2. Outros Profissionais de Saúde, n.e., que compreende diversas tarefas e funções, entre as quais *“Conceber, implementar e avaliar programas no âmbito da intervenção psicomotora, estimulação, educação, reeducação e terapia; Identificar e avaliar fatores pessoais e do meio envolvente que influenciam o desempenho de uma atividade e participação social; Fazer consultoria e participar em projetos no âmbito da intervenção psicomotora”* (CPP, 2010).

Em 2010 a APP elaborou o Código Deontológico dos Psicomotricistas Portugueses, documento pelo qual todos os profissionais da área se devem reger no que concerne às normas e condutas profissionais e éticas (APP, 2012b). No ano seguinte, em 2011, a APP elaborou o Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses, definindo os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional de Psicomotricista.

2. PSICOMOTRICIDADE EM SAÚDE MENTAL

A terapia psicomotora baseia-se na visão holística do indivíduo, integrando a influência recíproca entre os aspetos cognitivos, emocionais e do movimento, e a sua ação sobre o desenvolvimento da competência do indivíduo agir num contexto psicossocial (EFP, s.d.).

Ao estudar as relações e influências recíprocas e sistémicas entre psiquismo e motricidade, a terapia psicomotora considera o corpo e mente como unidade, o que proporciona ao indivíduo uma coerência e coesão psicocorporal. Este ramo científico enfatiza que o corpo não é somente domínio biológico, mas meio de comunicação e de relação que exprime as múltiplas manifestações biopsicossociais,

afetivoemocionais e psicosociocognitivas do indivíduo, funcionando assim como espaço psíquico que se expressa pelas funções psicomotoras na ação que o indivíduo estabelece com o mundo exterior e com o outro (Boscaïni, 2003; Martins, 2001a; Fonseca, 2001; Fonseca, 2010a).

Ao ser entendida como uma terapia de mediação corporal, o instrumento de excelência em psicomotricidade é o corpo em movimento, a partir do qual o indivíduo expressa as suas posturas, atitudes, gestos, mímicas, comunicação verbal e não verbal e as reações tonicoemocionais que suportam as manifestações do psiquismo (Martins, 2001a; Fonseca, 2010a; Probst & Vliet, 2005). Toda a ação psicomotora envolve o conjunto da personalidade, das modificações tónicas, das posturas e movimentos do indivíduo, que são impressões da sua história pessoal, das suas representações, vivências tonicoemocionais e do seu imaginário. Deste modo, a terapia psicomotora funciona como elemento unificador da relação corpo-mente, com o intuito de melhorar a capacidade adaptativa do sujeito nos diferentes contextos onde interatua (Martins, 2001a).

A perturbação psicomotora está na base de um problema afetivo, no qual a interação dos aspetos afetivos com os motores traduz a personalidade do indivíduo e a organização das suas funções cognitivas (Fonseca, 1976). Assim, um dos objetivos da terapia psicomotora é suprimir ou atenuar problemas psíquicos, psicomotores e psicossociais do indivíduo, favorecendo o seu desenvolvimento cognitivo, emocional, psicomotor e social (Probst & Vliet, 2005).

A intervenção psicomotora pode incidir na componente relacional e psicoafetiva ou na componente instrumental da atividade. Por um lado, a incidência relacional envolve a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, proporcionando a expressividade do sujeito e o reinvestimento na sua relação com o outro e com os objetos. Nesta incidência, é realçada a importância das vivências precoces e experiências tonicoemocionais e comunicativas e é estimulada a atividade e o pensamento simbólico que permitam estabelecer a ponte entre a realidade subjetiva e interior do sujeito e a realidade objetiva e partilhada por todos (Martins, 2001a; Almeida, 2005). Por outro lado, a abordagem de incidência instrumental garante uma relação precisa com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento, partindo da experiência sensoriomotora, para o desenvolvimento da capacidade percetiva e simbólica, potenciando a intencionalidade e consciência da ação. A componente instrumental da psicomotricidade, pela sua fundamentação cognitiva e neuropsicológica, favorece a resolução de situações-problema apelando ao acesso à representação e abstração que vão conduzir a um pensamento categorial e concetual (Martins, 2001a).

Paralelamente à diferenciação da abordagem terapêutica na prática psicomotora apresentada por Martins (2001a), surge uma outra categorização da incidência da intervenção em psiquiatria sugerida por Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010) que distinguem a terapia psicomotora orientada para a ação e a terapia psicomotora orientada para a experiência.

Segundo Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010), a intervenção orientada para a ação tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências físicas, mentais e desenvolvimento pessoal. Nesta abordagem terapêutica, as atividades destinam-se à aprendizagem e ao desenvolvimento de capacidades sensoriomotoras, perceptuais, cognitivas, sociais e emocionais. Tal significa que o foco da intervenção está nas competências motoras finas e globais, na coordenação olho-mão, equilíbrio, estruturação espaço-temporal, na percepção e processos atencionais, na interação com os materiais, reconhecimento de estímulos e promoção das competências sociais e da capacidade de relaxar.

Por outro lado, a intervenção orientada para a experiência propõe ao indivíduo explorar diversas atividades físicas e de movimento, de modo a experienciar diferentes emoções e pensamentos e a ser confrontado com os seus comportamentos ou com os seus sintomas cognitivos. De acordo com esta abordagem, é disponibilizado um conjunto de experiências que proporcionam ao sujeito a possibilidade de vivenciar novas formas de estar e agir, que irá desencadear novas emoções e experiências. Esta perspetiva sugere que o importante não é o movimento em si, mas a forma como o indivíduo experiencia e percebe interiormente esse movimento (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

Em psicomotricidade a comunicação não verbal assume um papel fundamental na medida em que garante a articulação entre a sensação e o movimento, na qual o diálogo é maioritariamente por mediação corporal e os canais de comunicação priorizados são as orientações posturais, as posturas, a proxémia, a mímica e gestualidade, o diálogo tonicoemocional, a respiração e a voz, a sincronia rítmica, o contacto corporal e o olhar. No entanto, a comunicação verbal é também importante pois possibilita a tomada de consciência do vivido, que implica um distanciamento da ação através da sua representação, e a elaboração da experiência vivida e da emoção sentida (Martins, 2001a).

Em suma, a terapia psicomotora dirige-se a crianças e adultos que não se sentem bem com o seu corpo, que têm dificuldades em comunicar e agir na interação com o seu envolvimento, e que encontram na experimentação e no investimento corporal um meio de se afirmarem no mundo (Martins, 2001a). A orientação cuidadosa e de incentivo do psicomotricista e a possibilidade de explorar os seus sentimentos e

emoções num ambiente securizante, permite ao indivíduo desenvolver comportamentos mais adaptativos, melhorar a forma como lida com os seus problemas, e potenciar a emergência da sua autonomia (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010; Martins, 2001a).

2.1. Psicomotricidade em Saúde Mental da Infância e Adolescência

Em saúde mental da infância e adolescência, a terapia psicomotora apresenta um carácter preventivo e terapêutico, cujo principal objetivo assenta na intervenção sobre as expressões do corpo, visando melhorar as competências psicomotoras da criança e do adolescente. Neste sentido, pretende-se a promoção da percepção e consciência corporal, a expressão de afetos e emoções, a autorregulação do comportamento, as competências sociais, o reforço da identidade e a adaptação aos contextos relacionais de forma segura (APP, s.d.).

Relativamente às problemáticas mais frequentemente encaminhadas para a terapia psicomotora no contexto pedopsiquiátrico, identificam-se: as perturbações da vinculação, perturbações disruptivas do comportamento, perturbações da ansiedade e do humor, psicose infantil, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicossomáticas, dificuldades instrumentais associadas aos fatores psicomotores, perturbações globais do desenvolvimento e problemas ao nível do esquema, imagem e limites corporais. Para além destas indicações terapêuticas, a psicomotricidade pretende também compensar sintomas ao nível da regulação tónica (e.g. hipotonicidade, hipertonicidade, gaguez, tiques), ao nível da autorregulação comportamental (inibição, desinibição ou instabilidade), da gestão dos processos atencionais, da autoimagem e da autoestima, gestão das emoções, dificuldades na comunicação verbal e não verbal (APP, s.d; Joly, 2007).

O carácter de mediatização corporal da terapia psicomotora permite à criança reencontrar o prazer sensoriomotor através do movimento e da regulação tónica, estimulando a sua atividade espontânea na interação com o espaço, com os materiais e com o terapeuta, possibilitando a emergência dos processos simbólicos. A utilização do jogo como metodologia de intervenção psicomotora facilita o estabelecimento da relação terapêutica, permitindo à criança a projeção de conflitos internos, emoções, pulsões e desejos ambivalentes, e a sua posterior reflexão a partir da ação (Martins, 2001a; APP, s.d.).

2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos

Em saúde mental de adultos, a terapia psicomotora baseia a sua abordagem na corporeidade e no movimento, utilizando o corpo como instrumento para tornar consciente a problemática diagnosticada e permitir ao indivíduo (re)encontrar

sensações de prazer e bem estar, melhorando a sua percepção e reelaboração do esquema e da imagem corporal (Probst & Vliet, 2005; APP, s.d.).

No que concerne às perturbações psicopatológicas que podem beneficiar da intervenção psicomotora distinguem-se: perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações do comportamento alimentar, perturbações somatoformes, perturbações psicóticas, perturbações do esquema e imagem corporal e problemas psicomotores específicos (e.g. dificuldades no equilíbrio, estruturação espaciotemporal, capacidade de representação) (APP, s.d.).

Neste âmbito, a psicomotricidade tem como principais objetivos: (1) aumentar consciência do corpo como instrumento de expressão e comunicação no espaço e no tempo; (2) aumentar a tolerância à frustração e a autorregulação; (3) diminuir o comportamento impulsivo; (4) melhorar a autoestima por meio da vivência positiva da sua imagem corporal, estimulando o equilíbrio, a coordenação, a capacidade de relaxação e o controlo respiratório; (5) favorecer o relacionamento interpessoal; (6) desenvolver a capacidade de autoreflexão; (7) promover um melhor insight sobre conflitos inter e intrapsíquicos; (8) promover a autonomia na realização de tarefas; (9) manutenção da capacidade funcional (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010; Probst & Vliet, 2005).

No sentido de alcançar os objetivos a que se propõe, a terapia psicomotora implementa técnicas de relaxação e terapias expressivas que permitem a redução dos sintomas corporais, uma vez que promovem a consciência e reflexão sobre os mesmos em relação com o estado psíquico, fomentando a capacidade de autorregulação e gestão do indivíduo sobre esses sintomas. Esses métodos possibilitam a gestão e estruturação de emoções, que caminham no encontro da afirmação da identidade do sujeito e da capacidade de comunicação verbal e não verbal. A terapia psicomotora recorre ainda a técnicas gnosopráticas que visam a tomada de consciência no plano da ação ou programação motora, partindo de um domínio prático para atingir o domínio cognitivo, promovendo competências como a memória, a atenção ou as funções executivas (Probst & Vliet, 2005; APP, s.d.).

2.3. Metodologias de Intervenção Psicomotora

Uma vez que já foram citadas anteriormente, no presente subcapítulo serão aprofundadas as duas metodologias de intervenção psicomotora que mais foram utilizadas ao longo do estágio: o jogo e a relaxação terapêutica. Apesar da psicomotricidade desenvolver também atividades de carácter gnosoprático e expressivo, e de essas técnicas terem sido utilizadas em determinados momentos da terapia, verificou-se uma maior incidência da utilização do jogo e da relaxação

terapêutica, devido à fase de intervenção em que cada utente se encontrava, aos objetivos terapêuticos e às estratégias estabelecidas para cada paciente acompanhado pela estagiária.

Tal como será descrito mais pormenorizadamente nos pacientes acompanhados (capítulos III.3 e III.4), o jogo foi utilizado como ferramenta essencialmente no contexto pedopsiquiátrico, dada a maior facilidade das crianças e adolescentes expressarem corporalmente, sob a forma de jogo simbólico ou espontâneo, os seus conflitos psíquicos que, por razões de ordem emocional e afetiva, não sejam passíveis de resolução consciente. Assim, o jogo, como espaço relacional de projeção desses conflitos, possibilita à criança uma reflexão a partir do corpo em ação (APP, s.d.; Vecchiato, 1989). Por sua vez, apesar da relaxação terapêutica constar na sessão tipo de ambos os contextos, de pedopsiquiatria e psiquiatria, é dado um maior realce na intervenção com os adultos, na medida em que proporciona ao indivíduo uma maior consciencialização corporal, pela promoção da capacidade de sentir e pensar o seu corpo e de expressar sensações através dele (APP, s.d.).

2.3.1. O jogo

A psicomotricidade tem a particularidade de dar à criança a possibilidade de reencontrar a harmonia do Eu corporal, colocando em jogo a sua capacidade de ser e agir através do corpo em ação e em relação (Martins, 2001a).

O jogo, como método de investimento corporal utilizado em psicomotricidade, refere-se à atividade lúdica e simbólica que surge de forma espontânea, e que permite à criança expressar o prazer e o domínio corporal, através das relações consigo própria, com os outros e com os objetos, evidenciando a sua dimensão afetiva, a sua maturação cognitiva e social (Llinares, 2006; Almeida, 2005).

De acordo com a incidência relacional desta terapia, o psicomotricista privilegia as solicitações da criança, a mediação corporal e o uso simbólico dos objetos, primando-se uma relação tonicoemocional que permite à criança integrar as experiências conflituais do passado, organizar o seu funcionamento psíquico e desenvolver uma vida relacional cada vez mais ampla e complexa (Almeida, 2005). O jogo espontâneo sem instrução por parte do terapeuta, nem a atribuição de um significado racional evidente à atividade, favorece a expressão autêntica da criança e das problemáticas que lhe estão inerentes. A expressão dessas problemáticas é possível na medida em que os jogos e ações simbólicas, que a criança transmite pelas suas posturas e comportamentos, subentendem conteúdos inconscientes da sua personalidade e que conduzem a interpretações a fim de compreender a sua realidade psíquica (Vecchiato, 1989).

Colocando em ênfase o tipo de jogo simbólico, este representa um passo importante para o desenvolvimento afetivo e cognitivo quando a criança adquire a capacidade de se colocar no lugar do outro, de desenvolver personagens e de se abstrair das características reais dos materiais, imaginando outras possibilidades de os utilizar em jogo, favorecendo assim a representação mental (Llinares, 2006). Os materiais usados em jogo assumem-se ainda como mediadores da ação, e devem ser introduzidos não tendo em conta apenas o seu carácter funcional e utilização praxica, como também com o intuito de encorajar determinado tipo de produções simbólicas (Martins, 2001a; Llinares, 2006; Vecchiato, 1989).

Segundo Vecchiato (1989), a transferência simbólica que a criança atribui aos materiais e ao próprio terapeuta permitem a projeção da sua maneira de ser e agir, dos seus conflitos e desejos. Ao mesmo tempo, favorece o estabelecimento de uma relação de dualidade de amor e ódio entre a criança e o terapeuta, por um lado que a contenha e lhe ofereça segurança, por outro lado que lhe garanta a expressão desses conflitos internos, facilitando o surgimento e evolução das problemáticas de ordem afetiva associados às relações precoces. Uma vez revividas simbolicamente essas relações, através da relação com o terapeuta/parceiro simbólico, pretende-se uma progressiva autonomização e desejo de autoafirmação da criança. Para esta evolução, e embora o terapeuta mantenha a disponibilidade de comunicação e relação, a criança é estimulada a procurar um objeto substituto simbólico para manter esse diálogo tónico e, posteriormente, outros objetos e formas de expressão (Vecchiato, 1989).

Em suma, a terapia psicomotora possibilita um espaço de prazer sensoriomotor, local de jogo simbólico e de representações, onde o terapeuta funciona como um parceiro que é aceite e desejado pela criança, sendo a partir dessa relação que se desenvolve a capacidade de jogar e de criar. Assim, o terapeuta é um mediador e facilitador da relação da criança com o envolvimento, ao mesmo tempo que estimula a imaginação criadora e a comunicação (Martins, 2001a; Rivière, 2010; Vecchiato, 1989).

2.3.2. A relaxação terapêutica

A relaxação terapêutica é um método de mediação corporal que atua como mecanismo regulador de emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva do sujeito (Martins, 2001b).

Em psicomotricidade, a relaxação funciona como uma ponte entre o que é sentido e o que é vivido pelo indivíduo nessa experiência corporal, opera essencialmente no plano não verbal e na base tonicoemocional, permitindo a sua interiorização através da atribuição de significado pela palavra. Nesta técnica corporal, o diálogo tonicoemocional estabelece-se pelos movimentos de proximidade ou afastamento e

pelo tipo de mobilização do terapeuta em relação ao indivíduo. Nesta perspetiva, a relaxação abre possibilidades quer para a descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo, quer para a imagem e representação subjetiva do corpo próprio, tendo em conta como é olhado pelo outro e como o sujeito se sente perante esse olhar do outro (Martins, 2001b; Boscaini, 2003).

De acordo com Bergès & Bounes (1985, cit in Martins, 2001b), a relaxação tem como principais funções a consciencialização corporal e a sua relação com as funções gnósicas e práxicas, pois possibilita a reelaboração da imagem e do esquema corporal, ferramenta essencial para o desenvolvimento da somatognosia. Esta tomada de consciência torna-se possível pela diferenciação entre função tónica e função motora, da identificação e reconhecimento dos estados tónicos, da alternância entre momentos de atividade e de passividade, pois favorecem uma melhor representação corporal na ausência de movimento através da proprioceção, o que permite captar a relação entre tónus, emoção, palavra e representação, entre o corpo vivido, corpo agido e corpo representado (Boscaini, 1998; Martins, 2001b).

Ao mesmo tempo, a maior consciencialização do Eu corporal promove uma estruturação de ações adaptativas aos diferentes contextos onde o indivíduo interage, passando-se de um corpo meramente funcional que age de acordo com impulsos e regras morais e sociais, para um corpo que acede ao simbólico e às suas representações (Maximiano, 2004).

A relaxação em psicomotricidade não pretende usar um conjunto de técnicas formatadas, mas sim aplicar fundamentos adaptados às características intrapessoais dos indivíduos, contribuindo positivamente para uma maior perceção corporal e estabelecimento da relação entre corpo e emoção. Neste sentido, é necessário o conhecimento das características individuais e da história pessoal do sujeito, de modo a compreender o seu funcionamento em termos de estruturação tónica e de ritmicidade corporal (Maximiano, 2004; Martins, 2001b). Qualquer que seja a técnica e exercício aplicado ou criado durante a intervenção, irá assentar numa base expressiva, dramática e simbólica, cujas vivências corporais proporcionadas na terapia psicomotora e na relaxação podem ser mediadas a partir do simples toque corpo a corpo, por objetos (e.g. bolas, lenços, bastões), ou pela automassagem, técnica menos invasiva e mais securizante, capaz de regular tensões ansiosas nas primeiras fases de intervenção (Maximiano, 2004).

Neste âmbito, a relação terapêutica deve considerar a gestão do toque e da proxémia de acordo com as características de cada indivíduo, i.e. o terapeuta deve observar e avaliar as flutuações tónicas do indivíduo, atendendo à postura que este apresenta, à inibição ou defensividade que podem estar associadas à utilização do toque ou à

distância que é mantida no contacto com o indivíduo. É importante também a gestão da mobilização passiva, corporal ou por objetos, da gestão da palavra e do silêncio, da possibilidade de iniciativa do próprio sujeito em relação às atividades, transmitindo sempre um ambiente calmo, tranquilo, securizante e descontraído. Pela consciencialização das modulações tonicoemocionais associadas à postura, ao movimento, às imagens e pensamentos, e aos contextos de vida, a relaxação ajuda a estruturar um sistema de comunicação que promove o acesso ao conhecimento de sentimentos, desejos, impulsos e comportamento expressivo que, posteriormente oferece ao sujeito o autoconhecimento emocional de si e dos outros e uma melhor coordenação entre a emoção e a ação (Martins, 2001b; Boscaini, 2003).

Em suma, a relaxação terapêutica possibilita a percepção tónica em todos os aspetos relacionais colocando a pessoa em comunicação consigo própria, sentindo o corpo como recetor de ritmos associados ao contacto, à voz, ao olhar do outro, servindo assim como organizador das primeiras relações e da imagem corporal, num espaço de construção de identidade, do simbólico e das representações (Boscaini, 1998; Martins, 2001b).

3. PSICOPATOLOGIAS

No presente capítulo procede-se a uma descrição teórica das psicopatologias referentes aos casos atendidos ao longo do ano letivo. Tendo em consideração a diversidade diagnóstica da população atendida, optou-se por expor aqui as patologias mais prevalentes durante o período de estágio, em ambos os serviços.

Deste modo, no âmbito da intervenção em pedopsiquiatria será caracterizada a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e a Perturbação Disruptiva do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos; enquanto no que concerne à intervenção em psiquiatria será caracterizada a Perturbação Depressiva e a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG). Para cada uma das psicopatologias será descrita a sua caracterização, dados etiológicos, comorbilidade e fatores de risco, assim como será dado ênfase aos principais objetivos da intervenção psicomotora.

3.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Neste subcapítulo será abordada a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), bem como o conceito de Instabilidade Psicomotora como complemento à compreensão da problemática. Uma diferença inerente a estes dois termos reside no facto da PHDA, abordagem anglo-saxónica, apresentar critérios qualitativos e quantitativos que conduzem a um diagnóstico, enquanto a Instabilidade Psicomotora, abordagem francófona, se insere no grupo das patologias do movimento onde se

compreende a hipercinesia e instabilidade emocional como signos de uma dificuldade relacional da criança, considerando o contexto ambiental e as relações intrafamiliares nos quais se desenvolve (Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon, 2007). Ao mesmo tempo, e apesar de se considerar a existência de uma etiologia multifatorial, a PHDA aponta essencialmente para alterações neurofisiológicas do indivíduo (e.g. córtex pré-frontal; funções executivas), enquanto a instabilidade psicomotora aponta para causas de ordem emocional e afetiva.

3.1.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento e caracteriza-se por um padrão persistente de défice de atenção e hiperatividade/impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento do indivíduo a nível familiar, escolar e social (APA, 2013).

Os sintomas primários da PHDA são o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, características que Barkley (1998) designou por “a santíssima trindade da PHDA”. Tais sintomas, todos eles multidimensionais, manifestam-se de forma inapropriada ao nível da idade e do desenvolvimento da criança, e expressam-se nos diversos contextos onde é evidente a sua dificuldade em manter a atenção, inibir o movimento e os impulsos, e regular o comportamento de acordo com as regras vigentes (Barkley, 1998). A American Psychiatric Association (APA, 2013) distingue três possibilidades da apresentação da PHDA: apresentação predominantemente desatenta, apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva e apresentação combinada (que inclui ambos os critérios de desatenção e hiperatividade/impulsividade).

De modo a clarificar cada um dos três sintomas primários da perturbação, acima anunciados, segue-se uma breve explicação com situações exemplificativas do seu impacto na vida de um indivíduo com PHDA.

A atenção é um construto multidimensional que inclui aspetos como a vigilância, a atenção sustentada, atenção seletiva, entre outros (Barkley, 1998). A desatenção e o comportamento distrátil das crianças com PHDA manifestam-se pela dificuldade em manter a atenção durante um tempo prolongado, em estar com atenção a um ou mais estímulos em simultâneo, não direcionando a atenção perante estímulos distráteis, e em não mudar o foco de atenção de forma flexível (Rodrigues & Antunes, 2014). Deste modo, e quando comparadas com crianças da mesma idade e género, crianças com défice de atenção são identificadas como tendo um comportamento pouco persistente, apresentando dificuldades em terminar tarefas mudando de atividade sem completar a anterior, essencialmente em tarefas aborrecidas e repetitivas (Barkley, 1998; Kendall, 2000).

A impulsividade, também designada por desinibição comportamental (Rodrigues & Antunes, 2014), é frequentemente associada a um défice na inibição do comportamento que pode ser explicada pela dificuldade no autocontrolo ou na incapacidade de atrasar uma resposta e gratificação imediata (Barkley, 1998; Rodrigues & Antunes, 2014), sendo por isso estas crianças categorizadas como aquelas que “agem sem pensar” (Kendall, 2000). Os comportamentos impulsivos que se verificam nas crianças com PHDA tornam-nas mais vulneráveis ao risco, pois não avaliam as alternativas e não aguardam que a instrução seja terminada antes de responderem ou executarem. Outros comportamentos característicos das crianças impulsivas são a resposta agressiva quando se sentem frustradas, a dificuldade em esperar pela sua vez e a alternância entre atividades em busca de estímulos de gratificação imediata, quando confrontadas com situações de atraso dessa gratificação ou caso tenham de persistir para alcançar um objetivo (Rodrigues & Antunes, 2014).

Por último, a hiperatividade caracteriza-se por um excesso de atividade motora e que se manifesta em comportamentos como a criança não conseguir manter-se sentada a fazer os trabalhos de casa, levantar-se durante a aula sem permissão, brincar com objetos não relacionados com a atividade exigida ou fazer vocalizações inapropriadas, etc. (Barkley, 1998; Rodrigues & Antunes, 2014). Este sintoma pode dever-se a uma falha na regulação do nível de atividade para a execução da tarefa, além do elevado nível de atividade motora, comparado com crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento (Barkley, 1998).

Estudos citados por Steinberg & Drabick (2015), que vão de encontro à perspetiva de R. Barkley (1997, cit in Steinberg & Drabick, 2015), evidenciam que muitas crianças com PHDA apresentam défices na regulação emocional, que pode explicar a elevada reatividade e emotividade negativa, consequências do baixo autocontrolo inibitório, da dificuldade em manter a atenção e do elevado nível de atividade motora.

Dados epidemiológicos sugerem que, na sua globalidade, a PHDA tem uma prevalência de cerca de 5% das crianças em idade escolar e 2,5% dos adultos, com maior manifestação no sexo masculino. A diferença na prevalência de diagnóstico de PHDA nas várias regiões é atribuída principalmente às diferenças no diagnóstico e práticas metodológicas, ao mesmo tempo que se verifica uma grande diversidade cultural quando à interpretação de atitudes e comportamentos das crianças (APA, 2013).

De modo geral a manifestação da PHDA em raparigas é a apresentação predominantemente desatenta, enquanto nos rapazes prevalece a apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. Quanto ao início da expressão sintomática da patologia, é difícil de distinguir sintomas de desatenção, hiperatividade ou

impulsividade do padrão normal de comportamento antes dos 4 anos de idade (APA, 2013). Normalmente, a PHDA é identificada durante a idade escolar, depois de a criança experienciar o contexto de sala de aula onde é exigida maior capacidade de concentração e de inibição do comportamento (Rodrigues & Antunes, 2014).

A etiologia da PHDA é multifatorial, razão pela qual devem ser tidos em conta diversos fatores: neurológicos, genéticos, envolvimento e psicológicos (Barkley, 1998; Steinberg & Drabick, 2015). A corroborar esta ideia, Rodrigues & Antunes (2014) apontam que esta dimensão complexa e que é influenciável por diversos fatores dá origem a diferentes fenótipos, não sendo possível determinar de que modo os diferentes fatores de risco interatuam e conduzem a cada expressão sintomática.

Ainda assim, autores consideram a existência de vulnerabilidade genética (Barkley, 1998; APA, 2013; Kendall, 2000; Rodrigues & Antunes, 2014) para a PHDA, assim como estudos neurofisiológicos apontam para diferenças na morfologia cerebral, funcionamento químico e receção/associação de estímulos que provocam alterações nas regiões do córtex pré-frontal, gânglios da base e corpo caloso (Barkley, 1998; Rodrigues & Antunes, 2014; Steinberg & Drabick, 2015). As causas perinatais (APA, 2013; Rodrigues & Antunes, 2014), os fatores psicossociais e a interação gene-ambiente são também tidas em conta quando se trata compreender os sintomas da PHDA de forma integrada (Rodrigues & Antunes, 2014; Kendall, 2000).

No que concerne à sua comorbilidade, o diagnóstico de PHDA comporta um risco significativo para a coexistência com diversas perturbações psiquiátricas e do foro emocional. De acordo com dados apontados por Barkley (1998), 44% das crianças com PHDA podem apresentar pelo menos uma perturbação psiquiátrica. De uma forma geral, crianças com esta problemática manifestam mais sintomas internalizantes como ansiedade, depressão ou distímia, bem como menor autoestima em relação a crianças sem características de hiperatividade ou défice de atenção. A PHDA também ocorre frequentemente em simultâneo com as dificuldades específicas de aprendizagem, com a POD e com a perturbação da conduta ou do comportamento, evidenciando-se estas últimas através de comportamentos desafiantes, agressivos, hostis e/ou antissociais (Barkley, 1998; APA, 2013; Steinberg & Drabick, 2015).

Em suma, geralmente, as crianças com PHDA manifestam atividade motora excessiva, desorganizada e inapropriada ao contexto, embora seja mais evidente em situações específicas ou em tarefas mais estruturadas; défices na regulação e manutenção da atenção com dificuldades na identificação e discriminação de estímulos, manifestado através da dificuldade em cumprir instruções, completar tarefas ou brincar isoladamente em apenas uma atividade; dificuldade no controlo inibitório dos impulsos expresso através do comportamento intrusivo perante os pares,

na dificuldade em esperar e na interrupção dos outros (Olson, 2002, cit in Martins & Rosa, 2005), apresentando na sua maioria baixo rendimento escolar (APA, 2013; Rodrigues & Antunes, 2014). As interações com os pares são geralmente negativas, na medida em que crianças com PHDA são muitas vezes rejeitadas pela sua ligação a comportamentos agressivos e inapropriados, sendo difícil integrarem-se num grupo, e quanto à interação pais-filhos esta é marcada por repreensões e castigos dos pais pelo comportamento desadequado da criança (Barkley, 1998; Kendall, 2000).

3.1.2. Instabilidade Psicomotora

A instabilidade psicomotora é caracterizada genericamente por uma patologia do movimento que se expressa pela hiperatividade ou hipercinesia, pela dificuldade no controlo emocional e na labilidade mental, elevada reatividade e na falta de domínio de movimentos (Gobbi, 1997). De acordo com a revisão de literatura, a instabilidade psicomotora parece ter origem em fases precoces do desenvolvimento da criança.

Berger (2001) sugere que na base da instabilidade psicomotora pode estar um défice na relação com o objeto primário, traduzido numa inadequação da relação mãe-bebé no período pré-verbal. A corroborar esta ideia, Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon (2007), acrescentam que a instabilidade psicomotora pode ser compreendida como um défice no processo separação-individualização da criança e da mãe, no qual prevalece uma relação fusional que dificulta a autonomização e diferenciação do bebé em relação ao objeto materno. Os problemas provenientes deste défice ao nível da separação e individualização manifestam-se em comportamentos exteriorizados (e.g. choro, comportamentos de oposição e desafio) e problemas de sono (e.g. agitação, ciclos curtos e interrupções do sono), cuja hipervigilância pode traduzir uma defesa maníaca na tentativa de evitar a ansiedade de separação, recusando a aceder a um estado depressivo (Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon, 2007; Levin;1999).

Segundo Levin (1999) a instabilidade psicomotora é um sintoma da ausência de limite corporal que qualquer que seja a sua expressão, pela hipertonia ou hipotonia, surge como necessidade da criança sentir e definir a fronteira entre o Eu e o não Eu. Por seu turno, Berger (2001), na tentativa de explicar a natureza da instabilidade, propõe três teorias psicodinâmicas: uma delas vai ao encontro da perspetiva de Levin (1999), e aponta existência de um défice ao nível dos invólucros corporais, no qual a hipercinesia surge da necessidade da criança sentir e estabelecer os limites do corpo; surge depois a hipótese de a instabilidade ser entendida como uma defesa maníaca e inconsciente contra a depressão, tal como referem Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon (2007); e por último, o funcionamento operatório, no qual a hipercinesia ocorre em crianças com dificuldade na representação de Si próprias, do afeto e imaginário, exprimindo as suas tensões internas através da agitação psicomotora.

As relações fusionais ou sobreprotetoras dos pais em relação aos filhos, a depressão materna precoce (Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon, 2007) e as relações familiares e estilos parentais marcados pela instabilidade, inconsistência, ansiedade e interações negativas e conflituosas, são fatores que podem explicar a origem da instabilidade, pois influenciam a forma como a criança define e integra os seus limites e sentimentos, distinguindo-os dos Outros (Gobbi, 1997). Por sua vez, a depressão materna pode tornar a mãe menos responsiva e menos disponível para as necessidades do bebé (Berger, 2001), facto que incapacita a criança de interiorizar a mãe como uma imagem estruturante e consistente, podendo gerar ansiedade e angústia, futuramente expressas através de um atraso do desenvolvimento da função simbólica e da linguagem, e por um padrão de agitação psicomotora, (Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon, 2007). A instabilidade parece, então, ser sintoma em reação à ansiedade, sendo a depressão consequência da separação do objeto maternal (Courtois, Champion, Lamy, & Bréchon, 2007; Branco, 2000; Claudon, 2001).

A agitação surge como uma imagem mental ou representação motora inconsciente do corpo, na qual a criança investe excessivamente em detrimento dos conflitos internos. Deste modo, nas crianças instáveis o sentir o corpo implica necessariamente a presença de sensações propriocetivas, advindo daí a propensão para agir (Claudon, 2001), expressa pela fuga a situações, pela desobediência e pela dispersão (Branco, 2000). A dificuldade na mentalização leva a criança a utilizar o comportamento como forma de expressão de conflitos psíquicos difíceis de serem pensados e elaborados, evitando assim pensar nos fantasmas da sua realidade interior e a não ser confrontada com essa realidade (Branco, 2000; Claudon, 2001). Claudon (2001) defende a existência de um esquema circular que está na base da perpetuação do agir e do seu uso instável e compulsivo das crianças com agitação psicomotora: Sensação → Representação → Ação → Sensação.

3.1.3. Intervenção Psicomotora

Tendo em consideração a grande heterogeneidade na expressão sintomática da PHDA e da instabilidade psicomotora, antes de iniciar um projeto terapêutico é essencial uma plena compreensão da problemática, nomeadamente no que concerne às características demográficas, às comorbilidades existentes, ao perfil de realização académica, ao estilo cognitivo, ao funcionamento social, ao contexto familiar e à existência ou não de terapia medicamentosa (Martins & Rosa, 2005; Salgueiro, 1999). Uma vez que as dificuldades adaptativas das crianças com hiperatividade tendem a manifestar-se nos diversos contextos de vida (Martins & Rosa, 2005; Salgueiro, 1999), é necessário que a intervenção funcione como uma rede contentora constituída pela equipa terapêutica, criança, família e escola (Rodrigues & Antunes, 2014).

Considerando que no contexto de estágio em pedopsiquiatria, a maior prevalência de crianças com sintomas de hiperatividade e déficit de atenção apresentam etiologia de ordem emocional e afetiva, serão em seguida apresentados objetivos de intervenção para crianças com instabilidade psicomotora.

Para além da expressão comportamental inerente às dificuldades na regulação do nível de atividade e de atenção e na inibição de estímulos distráteis, anteriormente descritos, crianças com hiperatividade evidenciam também um déficit ao nível das noções de esquema e imagem corporal (Costa, 2008), bem como problemas ao nível do tónus, da equilibração e da praxia fina (Salgueiro, 1999).

Geralmente, crianças com hiperatividade são pouco sensíveis à psicoterapia verbal, devido à descontinuidade do seu pensamento, à agitação constante e à falta de interesse pelas trocas verbais e pelas expressões representativas como o desenho. A psicomotricidade surge, assim, como uma possibilidade terapêutica (Martins, 2008). No que respeita à intervenção psicomotora com crianças com hiperatividade, Schnydrig (1994, cit in Martins & Rosa, 2005) assinala a importância dos jogos funcionais ou sensoriomotores, jogos de construção para uma maior adaptação à realidade, jogos de regras que valorizam a componente social e promovem o desenvolvimento da cooperação e descentração, e o jogo simbólico que favorece a passagem do nível sensoriomotor para o nível de representação, assim como permitem ao Eu eliminar conflitos ou medos de vivências adversas.

No que respeita às metodologias de intervenção, a psicomotricidade pode intervir de acordo com fundamentos quer cognitivo-comportamentais, quer psicodinâmicos (Martins, 2008). Do ponto de vista da componente psicodinâmica, e quando se verifica a existência de carências nas interações precoces, a psicomotricidade privilegia um diálogo tonicoemocional, utilizando atividades expressivas que possibilitem à criança reestruturar a afirmação da sua identidade e favorecer a comunicação e exteriorização tonicoemocional das problemáticas (Martins & Rosa, 2005). Bergés (1996, cit in Martins, 2008) salienta a importância da intervenção psicomotora com esta população, pois permite modular as relações entre a ação e representação, entre a atividade e o pensamento.

Deste modo, seguem-se alguns dos objetivos primordiais da intervenção psicomotora com crianças com hiperatividade:

- Diminuir a hipercinesia: o psicomotricista deve promover atividades que exijam dispêndio de energia, de modo a ajudar a criança a agir de forma construtiva diminuindo a necessidade de movimento, e preparando a criança para atividades com maior exigência ao nível da concentração (Martins & Rosa, 2005);

- Melhorar a consciencialização corporal, o autocontrolo e autoconhecimento, fazendo apelo ao controlo dinâmico do corpo, à consciencialização dos limites e das possibilidades de ação, melhorando assim as noções de esquema e imagem corporal (Martins & Rosa, 2005; Costa, 2008; Martins, 2008);
- Aumentar a consciencialização e representação da ação motora através do planeamento e organização do ato motor, bem como da consciencialização das modulações tonicoposturais que lhe estão associadas, cuja alternância de estados tensionais e a antecipação do investimento tónico necessário na execução do ato motor são essenciais ao conhecimento das possibilidades de ação (Martins & Rosa, 2005; Costa, 2008; Martins, 2008);
- Aumentar níveis de vigilância e promover a focalização, discriminação e seleção de estímulos no sentido de aumentar a atenção por períodos mais longos, através de atividades que envolvam planificação e sequencialização da ação (Martins & Rosa, 2005; Costa, 2008);
- Desenvolver as competências sociais, nomeadamente aumentar a capacidade de diálogo, de aceitar e discutir a opinião do outro e em participar em construções de ideias coletivas e de resolução de problemas (Costa, 2008).

Em terapia psicomotora pretende-se promover vivências agradáveis num ambiente lúdico, securizante e contentor, favorecendo a autonomia, participação e integração da criança. A partir do momento em que se sente segura no seu envolvimento, segurança essa adquirida pela consistência e previsibilidade desse envolvimento, a criança sente-se mais tranquila nos diversos contextos onde atua e, necessariamente, menos agitada e instável (Costa, 2008; Branco, 2000).

3.2. Perturbação Disruptiva do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos

3.2.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade

A Perturbação Disruptiva do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos caracteriza-se pela presença de problemas ao nível da regulação emocional e do comportamento. Tais comportamentos manifestam-se por um padrão persistente de dificuldade em aceitar regras, pela agressividade geralmente desencadeada por situações de frustração, e comportamentos antissociais ou provocadores de gravidade variável e que violam os direitos básicos de outrem, as regras ou normas vigentes na sociedade (APA, 2013; CNSM, 2009).

Com uma prevalência entre os 2% e os 10% na população infantojuvenil, principalmente em rapazes, os primeiros sintomas significativos da Perturbação Disruptiva do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos surgem

geralmente na infância e até ao início da adolescência. O desenvolvimento precoce desta perturbação condiz com um maior risco com o comportamento criminoso e de abuso de substâncias na idade adulta, a par de um risco aumentado a desenvolver perturbações da personalidade, do humor, de ansiedade e controlo de impulsos, entre outras psicopatologias (APA, 2013; CNSM, 2009).

De acordo com Costa (2008), o comportamento sistematicamente desajustado da criança ou adolescente pode eventualmente ser signo de uma organização depressiva precoce com sentimentos e vivências de abandono, manifestando-se por insatisfação e ansiedade. Neste quadro clínico é frequente os jovens apresentarem comportamentos exteriorizados com reduzida empatia e emotividade (Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013; Wolff & Ollendick, 2006), elevada intolerância à frustração, explosões temperamentais e irritabilidade, baixo autocontrolo manifestado por comportamentos impulsivos, défice no desenvolvimento moral e na cognição social e dificuldades nas relações interpessoais (Costa, 2008; Martin & Hoffman, 1990, cit in Kendall, 2000; APA, 2013; Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013).

Neste sentido, e na sua maioria, crianças ou jovens com este quadro sintomático procuram situações narcísicas de modo a assumir atitudes de onipotência, como defesa da sua consciência de inferioridade e ao seu sentimento de que tudo é inatingível (Costa, 2008).

No desenvolvimento típico, os níveis de comportamento disruptivo e agressivo vão diminuindo ao longo da infância e entrada na adolescência que, por sua vez, coincide com uma maior maturidade emocional e capacidade de mentalização do indivíduo, tornando-se capaz de se colocar no lugar do outro e de interpretar o seu comportamento. Deste modo, a competência socioemocional e capacidade de mentalização constituem um fator protetor para o desenvolvimento de perturbações da conduta (Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013).

No que respeita à etiologia da perturbação da conduta ou do comportamento é necessário ter em consideração diversos fatores como as características individuais da criança (e.g. temperamento; dificuldades na verbalização de sentimentos e emoções), o envolvimento familiar e social e os fatores genéticos. Deste modo, as condutas antissociais parentais, um ambiente familiar adverso que provoquem experiências traumáticas na criança, práticas parentais marcadas pela alternância entre rigidez excessiva e ausência de limites, pela falta de supervisão e pela rejeição, negligência ou abusos, o baixo nível socioeconómico e a institucionalização precoce da criança parecem ter um elevado impacto na predição de perturbação do comportamento nos filhos (Kendall, 2000; CNSM, 2009). Por seu turno, crianças cujos pais apresentem perturbações do humor, PHDA, perturbações da conduta e do comportamento ou

perturbações associadas ao abuso de substâncias, constitui também fator de risco para o desenvolvimento desta problemática (Kendall, 2000; CNSM, 2009; APA, 2013).

Geralmente, a perturbação da conduta apresenta comorbilidade com determinadas perturbações emocionais, como a depressão ou a ansiedade, assim como com a PHDA, a Perturbação de Oposição e Desafio (POD), Perturbação Específica da Aprendizagem e perturbações relacionadas com o abuso de substâncias. Por esta razão, ao nível do diagnóstico e da intervenção é elementar analisar o padrão de comportamento da criança e ter em conta todos os fatores que possam desencadear e perpetuar os sintomas nos diferentes contextos (familiar, social e escolar), de modo a possibilitar um maior conhecimento acerca do seu funcionamento interpessoal e emocional. O apoio e a orientação parental são essenciais, bem como a articulação com a escola e com a rede de apoio social e com projetos de intervenção sociocultural locais (CNSM, 2009; APA, 2013).

A comorbilidade entre as perturbações da conduta ou do comportamento e as perturbações do humor relaciona os comportamentos disruptivos como manifestação de comportamentos internalizados (Masia, Guilé, & Mille, 2014), estando estes associados à rejeição pelos pares, problemas com os pais e falhas nas competências académicas, consequências que afetam o desenvolvimento social e contribuem para atitudes negativas e humor deprimido (Wolff & Ollendick, 2006). Por outro lado, a dificuldade em gerir sintomas negativos como a tristeza, raiva, frustração e o humor deprimido pode conduzir a um elevado nível de irritabilidade e a comportamentos externalizados (Wolff & Ollendick, 2006; Masia, Guilé, & Mille, 2014).

3.2.2. Perturbação de Oposição e Desafio

A Perturbação de Oposição e Desafio (POD) está incluída no grupo das Perturbações Disruptivas do Comportamento, da Conduta e do Controlo de Impulsos e caracteriza-se pelo comportamento desobediente e provocador, apesar de não manifestar comportamentos delinquentes ou formas extremas de comportamento agressivo ou antissocial (APA, 2013). Embora seja uma expressão atenuada das perturbações do comportamento e da conduta, uma elevada expressão sintomática da POD constitui um fator de risco para o desenvolvimento futuro de uma perturbação da conduta (Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013).

A POD apresenta um padrão frequente e persistente de zanga e humor irritável, comportamento argumentativo e vingativo, hostilidade, desafio das regras ou recusa a cumprir pedidos/ordens dos adultos e pela culpabilização dos outros pelos seus erros ou maus comportamentos (APA, 2013; Kendall, 2000; Masia, Guilé, & Mille, 2014). Por norma, esta problemática é mais evidente no contexto familiar, embora a severidade da perturbação possa influenciar a generalização desse comportamento a outros

contextos, influenciando negativamente o funcionamento emocional, social, académico e ocupacional (APA, 2013).

A prevalência da POD varia entre 1% e 11% da população e parece expressar-se mais em indivíduos do sexo masculino, antes da adolescência. Em crianças e adolescentes, a POD prevalece em famílias cujo cuidado aos filhos foi interrompido por uma sucessão de diferentes cuidadores, e cujas práticas parentais se caracterizam como inconsistentes ou negligentes (APA, 2013). Para além do ambiente familiar, existe uma associação entre o desenvolvimento de uma POD e dificuldades de regulação emocional da criança, com elevados níveis de reatividade e baixa tolerância à frustração (Wolff & Ollendick, 2006; Masia, Guilé, & Mille, 2014).

É necessário ter em conta que as características da POD podem ser normais em determinados períodos do desenvolvimento da criança, nos quais decorrem processos de maturação psíquica, tais como a estruturação e afirmação da identidade (Almeida, Costa, Gonçalves, Mendonça, Sanchez, & Talina, 2005; Costa, 2008). Por essa razão, é necessário um estudo inicial prévio ao diagnóstico e que tenha em consideração a fase de desenvolvimento da criança, a intensidade e persistência dos tais comportamentos, o contexto em que se manifestam e o valor comunicativo que apresentam (Almeida, Costa, Gonçalves, Mendonça, Sanchez, & Talina, 2005).

3.2.3. Intervenção Psicomotora

Tendo em consideração as características etiológicas e comportamentais anteriormente citadas acerca das perturbações do comportamento, serão em seguida apresentados os principais objetivos da intervenção da terapia psicomotora para esta população.

Tal como descrito no capítulo anterior acerca da intervenção na instabilidade psicomotora, a intervenção com crianças com perturbação disruptiva do comportamento ou POD deve privilegiar a utilização de atividades expressivas que possibilitem à criança reestruturar a afirmação da sua identidade (Martins & Rosa, 2005); permitir a expressão da sua agressividade de forma organizada e controlada, valorizando os comportamentos ajustados; promover a criação de situações-problema que apelem à verbalização; e priorizar atividades que envolvam planificação e sequencialização da ação, diminuindo assim a ação impulsiva e não estruturada (Costa, 2008).

Deste modo, na intervenção psicomotora com esta psicopatologia pretende-se:

- Diminuir os níveis de comportamentos exteriorizados, como a agressividade explosões temperamentais e irritabilidade – através do aumento da consciência

corporal, do autocontrolo e autoconhecimento, apelando ao controlo dinâmico do corpo e à consciencialização dos limites corporais (Martins & Rosa, 2005; Costa, 2008; Martins, 2008);

- Aumentar a modulação das relações entre ação e representação, através do planeamento, organização e sequencialização do ato motor (Bergés, 1996 cit in Martins, 2008);

- Promover a mentalização – tal como Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain (2013) e Wolff & Ollendick (2006) enunciam, neste quadro clínico é frequente os jovens apresentarem comportamentos exteriorizados com reduzida empatia e emotividade e défice ao nível do desenvolvimento moral que irão conduzir a défices nas relações interpessoais. Assim, visa-se um aumento da capacidade da criança se colocar no lugar do outro e de interpretar o seu comportamento;

- Desenvolver as competências sociais (Costa, 2008; Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013);

- Aumentar a tolerância à frustração (Costa, 2008; Kendall, 2000; APA, 2013; Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013);

- Desenvolver competências cognitivas, essenciais na antecipação e resolução de problemas e na capacidade de encontrar estratégias e alternativas ao invés das reações impulsivas (Almeida, Costa, Gonçalves, Mendonça, Sanchez, & Talina, 2005).

3.3. Perturbação Depressiva

3.3.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade

De acordo com a classificação o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) as perturbações depressivas dividem-se em perturbação disruptiva da desregulação do humor; perturbação depressiva major (que inclui o episódio depressivo major); perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual; perturbação depressiva induzida por substância/medicamento; perturbação depressiva devido a uma outra condição médica; perturbação depressiva com outra especificação (na qual estão presentes características de uma perturbação depressiva, porém não se verificam os critérios necessários para ser incluída em nenhuma das categorias desta classe de perturbações e são especificados os motivos pelos quais não é possível essa inclusão, e.g. curta duração do episódio depressivo); e perturbação depressiva não especificada (na qual estão também presentes características de uma perturbação depressiva, no entanto não existem critérios para essa consideração e não são especificados os motivos para tal por falta de informação que permita um diagnóstico mais específico) (APA, 2013).

A característica comum a todas as perturbações incluídas no grupo das perturbações depressivas é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (APA, 2013).

Tendo em consideração as características da população atendida será de seguida apresentada em maior detalhe a perturbação depressiva major.

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-V, a perturbação depressiva major caracteriza-se pela presença de cinco ou mais sintomas que representam uma mudança no funcionamento do indivíduo pela manifestação de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Tais sintomas são: humor deprimido durante a maior parte do dia; diminuição marcada do interesse ou prazer em quase todas as atividades a maior parte do dia; perda de peso significativa ou aumento do peso, acompanhado de diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia na maior parte dos dias; recorrentes pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida sem um plano específico, ou tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio; sentimentos de desvalorização e culpa; diminuição da capacidade de pensamento, concentração, memória e tomada de decisões (APA, 2013; Thompson, et al., 2015). Os sintomas do episódio depressivo major não são atribuíveis a efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica (APA, 2013).

Em indivíduos com perturbação depressiva major é comum um aumento da irritabilidade expressa através de raiva persistente (APA, 2013; Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015), de uma tendência para responder a eventos com explosões de raiva ou culpar os outros, e do sentimento exagerado de frustração. Frequentemente estão também associados sentimentos de vazio e ansiedade a esta perturbação. No que respeita às alterações psicomotoras, estas podem ser por agitação psicomotora (e.g. dificuldade em estar parado, comportamentos como esfregar as mãos, a pele, roupa, etc.), ou por inibição psicomotora (e.g. diminuição da fluidez e do volume do discurso, aumento das pausas antes de responder, diminuição da rapidez de pensamento e movimentos corporais, etc.) (APA, 2013).

Segundo o DSM-V, a prevalência da perturbação depressiva major nos Estados Unidos é cerca de 7% da população, com maior incidência entre os 18 e os 29 anos de idade, sendo a prevalência nesta faixa etária três vezes maior do que em indivíduos com mais de 60 anos de idade (APA, 2013). Em Portugal, de acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental de 2013, a prevalência anual das perturbações depressivas é de 7,9%, sendo considerado que 6,8% correspondem à perturbação depressiva major (Almeida & Xavier, 2013).

No que respeita à comorbilidade da depressão major, esta perturbação ocorre frequentemente em simultâneo com a perturbação obsessivo-compulsiva (APA, 2013), perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, perturbações da personalidade (APA, 2013; Gelenberg, et al., 2010), perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, demência e distímia (atualmente designada no DSM-V de perturbação depressiva persistente) (Gelenberg, et al., 2010).

Dada a natureza complexa e heterogênea da perturbação depressiva major (Y.Struijs, Groenewold, Voshaar, & Jonge, 2013), são vários os fatores de risco estudados e indicados para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, entre os quais: a hereditariedade, fator que apresenta um risco de 40% para o desenvolvimento da patologia, em familiares de 1º grau de indivíduos com depressão major; condições médicas crônicas ou incapacitantes (e.g. diabetes, obesidade mórbida e doenças cardiovasculares) (APA, 2013); experiências adversas na infância e ao longo da vida; e fatores psicossociais, como o desemprego ou o baixo *status* socioeconómico (Gelenberg, et al., 2010).

Para além desses, a literatura indica outros fatores que podem influenciar os sintomas de depressão major, e que serão aprofundados de seguida: o neuroticismo; a capacidade de regulação emocional (APA, 2013; Yoon, Maltby, & Joormann, 2013; Thompson, et al., 2015); a clareza emocional (Thompson, et al., 2015); a vulnerabilidade cognitiva (Y.Struijs, Groenewold, Voshaar, & Jonge, 2013) e a hostilidade (Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015).

Diversos estudos apontam para a clara associação entre o neuroticismo e a capacidade do indivíduo regular emoções negativas desencadeadas por fatores *stressores*, com o aumento da probabilidade de desenvolver depressão (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013; Thompson, et al., 2015; APA, 2013). Considerando o neuroticismo como um traço de personalidade caracterizado pela tendência do indivíduo experienciar estados emocionais negativos e pela sua maior sensibilidade ao *stress*, os autores sugerem que a intensidade e gravidade da sintomatologia depressiva pode estar dependente da dificuldade do sujeito em utilizar estratégias de regulação emocional adaptativas a eventos geradores de *stress* (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013).

De acordo com o estudo de Yoon, Maltby, & Joormann (2013), são consideradas quatro estratégias de regulação emocional mais frequentemente associadas à gravidade dos sintomas depressivos: a ruminação, repressão do pensamento e da expressividade, e a reavaliação cognitiva. A ruminação, processo de pensar obsessivamente nos mesmos temas (e.g. sentimentos negativos em resposta a uma determinada situação), demonstra uma estreita ligação com os efeitos do neuroticismo

na depressão (Roberts et al. 1998, cit in Yoon, Maltby, & Joormann, 2013). Por sua vez, a repressão do pensamento e da expressividade, caracterizadas como tentativas do indivíduo reduzir ou inibir experiências emocionais indesejadas e de regular as emoções negativas (Salters-Pedneault et al. 2010, cit in Yoon, Maltby, & Joormann, 2013), estão igualmente associadas ao aumento de sintomas depressivos, na medida em que a inibição da expressão emocional conduz à menor experiência de emoções positivas. Por fim, e ao contrário das estratégias anteriores, a reavaliação cognitiva é uma estratégia adaptativa à regulação emocional, pois envolve a modificação do significado de determinada situação de modo a alterar o seu impacto emocional no indivíduo. O uso desta estratégia está associado a maiores índices de satisfação e de bem-estar emocional (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013; Thompson, et al., 2015), bem como a apresenta correlação negativa com os níveis de neuroticismo (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013).

Por sua vez, Thompson, et al. (2015) definem a clareza emocional como a capacidade do indivíduo identificar e representar mentalmente o tipo de emoções que sente e as suas causas, e sugerem que baixos níveis de clareza emocional estão associados com uma menor regulação emocional e menor sensação de bem-estar psicológico. Assim, indivíduos com perturbação depressiva major manifestam níveis inferiores de clareza emocional quando comparados com a população sem a patologia (Loas et al. 1998, cit in Thompson, et al., 2015). A diminuição da clareza das emoções negativas conduz a dificuldades na regulação dessas emoções e implica, consequentemente, um aumento dos níveis de neuroticismo, fator que se manifesta inversamente proporcional com a clareza emocional (Thompson, et al., 2015).

Ainda no que respeita aos fatores de risco, a vulnerabilidade cognitiva pode aumentar a predisposição do indivíduo para desenvolver sintomatologia depressiva, com especial enfoque na influência do locus de controlo externo, i.e., o indivíduo sente que o controlo da sua vida está dependente de fatores externos, e não de si próprio. O locus de controlo externo caracteriza-se por um estilo de pensamento negativo que está relacionado com o aumento da incidência da perturbação depressiva major (Y.Struijs, Groenewold, Voshaar, & Jonge, 2013).

Por fim, o tipo de personalidade pode condicionar a predisposição do indivíduo a desenvolver alguma perturbação depressiva. Com efeito, elevados níveis de hostilidade estão associados a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos possivelmente explicados pela maior frequência de conflitos interpessoais, pelo reduzido apoio social e eventos de vida *stressantes* em conjunto por uma perceção negativa desses eventos. Indivíduos com elevado nível de competitividade e de irritabilidade, e com exagerado comprometimento com o trabalho

parecem ser mais suscetíveis de evidenciar síndrome de Burnout e depressão. Os autores referem ainda que após a reforma, pessoas com este tipo de personalidade são mais propensas a sintomas depressivos pois perdem os objetivos e estilo de vida excessivamente focados no trabalho (Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015).

3.3.2. Intervenção Psicomotora

Tal como descrito anteriormente, a perturbação depressiva major integra no seu quadro sintomático alterações psicomotoras, que podem ser expressas por agitação ou lentificação psicomotora (Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo, & Haffen, 2013; Röhricht, 2014; APA, 2013).

Tendo em consideração a população atendida, em particular o estudo de caso II (ver capítulo III.4.2), será focada a lentificação psicomotora, bem como outras alterações provenientes das perturbações depressivas e estratégias de intervenção.

A lentificação psicomotora é um dos sintomas mais relevantes da perturbação depressiva major, tendo implicações clínicas e terapêuticas e que afetam seriamente o funcionamento psicossocial do indivíduo. Esta alteração psicomotora compromete o indivíduo a nível motor e cognitivo (Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo, & Haffen, 2013; Kaletsch, et al., 2014), nomeadamente com défices ao nível do discurso, da expressão facial, das praxias global e fina e da formulação de ideias. No discurso podem verificar-se alterações na fluência, na prosódia e no aumento significativo do tempo de pausa, enquanto a nível motor manifestam-se alterações na atitude, postura e em movimentos dos membros (Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo, & Haffen, 2013).

Por sua vez, as alterações a nível cognitivo refletem-se em aspetos cognitivos do funcionamento psicomotor, particularmente por um aumento do tempo para iniciar tarefas simples e complexas, por uma lentificação na ação motora, pelo défice no processamento visuoespacial e no processamento da atenção (Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo, & Haffen, 2013), assim como são notáveis alterações ao nível da cognição social, processamento e perceção das emoções, e maior vigilância e atenção seletiva para emoções negativas (Leppänen, 2006, cit in Kaletsch, 2014).

No sentido de compreender as diferenças existentes entre pacientes com perturbação depressiva major e um grupo de controlo sem a perturbação quanto à perceção das emoções expressas corporalmente, Kaletsch et al. (2014) realizaram um estudo que comprovou que o grupo de pacientes apresentava uma alteração na perceção emocional. De acordo com este estudo, que se focou na perceção da emoção expressa pela linguagem corporal e movimentos do corpo, indivíduos com perturbação

depressiva major evidenciaram uma tendência negativa na avaliação dos movimentos corporais, e manifestaram maior intensidade na avaliação de emoções negativas, comparando com o grupo de controlo. Os autores sugerem que esta tendência negativa para perceber as emoções pode ter consequências ao nível do estabelecimento de relações sociais, particularmente quando os indivíduos observam e interpretam a linguagem corporal de outra pessoa como sendo negativa ou mais negativa do que realmente é, levando ao evitamento do contacto com essa pessoa.

De acordo com Kaletsch et al. (2014), uma intervenção com enfoque no aumento a consciência em relação à percepção da linguagem corporal e na redução das más interpretações provenientes dessa falsa leitura, poderia contribuir para o estabelecimento de mais contactos sociais, aumentando assim a rede de apoio do indivíduo com depressão major.

No que respeita à intervenção com indivíduos com perturbação depressiva major, Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010) sugerem uma intervenção orientada para a ação, com incidência no desenvolvimento de capacidades sensoriomotoras, perceptuais, cognitivas, sociais e emocionais. De acordo com os autores, nesta intervenção devem ser incluídas estratégias como:

- Proporcionar experiências promotoras de sucesso ao indivíduo e promover a automonitorização desse sucesso pelo próprio;
- Possibilitar ao indivíduo expressar os seus sentimentos e vivências no final de cada sessão;
- O terapeuta deve ter uma atitude terapêutica acolhedora e positiva e promover a atividade física como estratégias de melhorar o autoconceito.

De acordo com Röhrich (2014), a intervenção com pacientes com perturbações depressivas deve incluir:

- Movimento exploratórios que garantam o aumento da percepção sensorial;
- Técnicas expressivas de modo a melhorar a modulação afetiva e expressividade psicomotora dos pacientes, e a aumentar a capacidade de autorregulação (Röhrich, 2014; Yoon, Maltby, & Joormann, 2013);
- Exercícios direcionados para as potencialidades e capacidades corporais do indivíduo, visando reequilibrar a autoavaliação negativa dos pacientes;
- Trabalhar a expressão facial e linguagem corporal, de modo a desenvolver uma maior confiança na sua própria gestualidade e corporeidade;
- Aumentar consciencialização do esquema corporal e da noção de ritmo.

3.4. Perturbações de Ansiedade

3.4.1. Caracterização, etiologia e comorbilidade

Atualmente, as perturbações de ansiedade são consideradas entre as mais prevalentes das doenças mentais (Swinson, et al., 2006; Almeida & Xavier, 2013), manifestando uma natureza crónica e incapacitante para o sujeito (Swinson, et al., 2006).

No DSM-V, o capítulo correspondente às Perturbações de Ansiedade está organizado de acordo com a idade típica do aparecimento dos sintomas, de modo a que as patologias incluídas nesta categoria são as seguintes: perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo; fobia; perturbação de ansiedade social (fobia social); perturbação de pânico; agorafobia; perturbação de ansiedade generalizada; perturbação de ansiedade induzida por medicação ou abuso de substâncias; perturbação de ansiedade devido a outra condição médica; perturbação de ansiedade com outra especificação e perturbação de ansiedade não especificada. De acordo com o DSM-V, embora cada uma apresente os seus próprios critérios de diagnóstico, as diversas perturbações de ansiedade partilham características como o medo excessivo, a ansiedade e perturbações comportamentais relacionadas com essas inquietações (APA, 2013).

Tendo em consideração a população atendida ao longo do estágio será dado enfoque à Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG).

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-V, a PAG caracteriza-se pela ansiedade e preocupação excessiva e persistente sobre diversos domínios (e.g. desempenho escolar ou profissional), estado que o indivíduo tem dificuldade em controlar, e essa ansiedade acontece simultaneamente com pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, fadiga, dificuldade na concentração, irritabilidade, tensão muscular, e perturbações do sono. Concomitante a estes critérios, a perturbação não é atribuível a outra condição médica ou a efeitos de substâncias, nem é melhor explicada por outra perturbação mental, comprometendo significativamente o funcionamento psicossocial do indivíduo (APA, 2013).

A prevalência anual da PAG é de 0,9% nos jovens e de 2,9% na população adulta, nos Estados Unidos. O DSM-V aponta que as mulheres apresentam duas vezes mais probabilidade de desenvolver a perturbação em relação aos homens, com especial propensão em países desenvolvidos (APA, 2013). Relativamente aos dados epidemiológicos em Portugal, consta-se que as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada entre as problemáticas do foro mental (16,5%), da qual 2,1% corresponde à PAG (Almeida & Xavier, 2013).

No que concerne aos fatores de risco para o desenvolvimento da PAG, constata-se a influência dos fatores genéticos, características do envolvimento (APA, 2013; Swinson, et al., 2006) e características individuais do sujeito. Assim, são referidos o nível da inibição comportamental e do neuroticismo do sujeito (APA, 2013); experiências traumáticas e adversas na infância e ao longo da vida; práticas parentais marcadas pela sobreproteção; e um risco aumentado pela existência de familiares com histórico de alguma perturbação de ansiedade ou do humor (APA, 2013; Swinson, et al., 2006; Röhrich, 2014). No caso das crianças e adolescentes com a perturbação, verifica-se que são geralmente excessivamente perfeccionistas, preocupados com o desempenho e inseguros de si, tendendo a necessitar da aprovação e garantias acerca do seu desempenho (APA, 2013).

A ansiedade expressa-se por respostas físicas, emocionais e comportamentais direcionadas a ameaças percebidas pelo sujeito, sendo considerada um estado normal da vida quotidiana. Contudo, quando a ansiedade ou preocupação se torna excessiva, incapaz de controlar e quando se verificam os critérios necessários para um diagnóstico de perturbação de ansiedade, esta pode caracterizar-se pela presença de sintomas psíquicos e somáticos, tais como: excessiva ansiedade, medo, preocupação, pensamentos intrusivos, comportamentos compulsivos, insónia, dores musculares, de cabeça ou de estômago, tonturas, cansaço, perda de concentração e da eficácia em tarefas rotineiras (Swinson, et al., 2006), tensão muscular, tremores e uma resposta de sobressalto exagerada (APA, 2013).

De acordo com Pawluk & Koerner (2013), existe uma associação entre a PAG e elevados níveis de impulsividade. Por um lado, sob condições de *stress*, sujeitos com PAG evidenciam maiores indicadores de urgência negativa, i.e. mais tendência para agir de forma impulsiva quando confrontados com sentimentos negativos. Posto isto, indivíduos com ansiedade tendem a tomar decisões precipitadas numa tentativa de aliviar a angústia desencadeada pela pressão, evidenciando pouca consideração sobre as consequências dessas decisões. Uma possível explicação para estes resultados pode estar no facto da PAG estar associada à intolerância do sujeito à incerteza e à intolerância a emoções negativas (Pawluk & Koerner, 2013; Coleman, Pietrefesa, Holaway, Coles, & Heimberg, 2011). Ou seja, ao estarem perante uma situação de incerteza e da insegurança ou angústia que tal ocasião pode despertar, indivíduos com PAG tendem a tomar decisões impulsivamente “em troca” de segurança. Ao mesmo tempo, sujeitos com PAG evidenciam dificuldades em utilizar adequadas estratégias de *coping* no sentido de reduzir o sofrimento associado às emoções negativas que uma determinada situação pode despoletar (Pawluk & Koerner, 2013).

Por outro lado, em determinadas situações pessoas com elevado nível de ansiedade e de preocupação podem demorar mais tempo a tomar uma decisão numa tentativa de encontrar a “solução perfeita”, calculando todos os prós e os contras (Tallis, et al. 1991, cit in Pawluk & Koerner, 2013). Neste caso, verifica-se que indivíduos com PAG apresentam elevados índices de premeditação na tomada de decisão, porém tal situação pode constituir uma desvantagem quando é necessário tomar decisões num curto espaço de tempo ou quando se trata de decisões simples do quotidiano (Pawluk & Koerner, 2013).

Muitas vezes, indivíduos com PAG manifestam comportamentos compulsivos, essencialmente comportamentos de verificação (Coleman, Pieterefesa, Holaway, Coles, & Heimberg, 2011; Swinson, et al., 2006) ou de contagem (Swinson, et al., 2006), dado que ambos são caracterizados pela elevada intolerância à incerteza e pela tendência de reagir negativamente a situações ambíguas (Coleman, Pieterefesa, Holaway, Coles, & Heimberg, 2011).

A referência aos comportamentos de verificação em pessoas com PAG justifica-se pelo facto de uma utente acompanhada no serviço de psiquiatria apresentar tais sintomas e, portanto, considerou-se relevante compreender de forma integrante a ocorrência destes comportamentos de verificação.

Os comportamentos de verificação dos pacientes com PAG dizem respeito à dificuldade ao nível da percepção emocional das relações interpessoais, o que se traduz em rituais de verificação interpessoal de modo a terem a certeza sobre o estado das suas relações (e.g. perguntar repetidamente a alguém que lhe seja significativo se está zangado consigo). Esta verificação interpessoal pode ser originada pela falta de confiança cognitiva em relação à diferenciação emocional e à percepção das relações interpessoais. Embora sejam comportamentos característicos das perturbações obsessivo-compulsivas, a função da verificação na PAG pode ser uma forma do sujeito reduzir a sua incerteza acerca da natureza do ambiente interpessoal, bem como pode ser expressão da sua percepção de que não conseguir gerir as suas emoções, pelo que necessita de algum tipo de ação, seja através da preocupação ou através de comportamentos de verificação (Coleman, Pieterefesa, Holaway, Coles, & Heimberg, 2011).

De acordo com o estudo de Macatee & Cogle (2013), as perturbações de ansiedade estão também relacionadas com dificuldades ao nível da regulação emocional. Dentro dos diversos domínios da regulação emocional, os resultados sugerem a existência de evidências entre pacientes com PAG e índices inferiores de tolerância emocional, elevados níveis de reatividade emocional e uma tendência para a percepção negativa das emoções.

As perturbações de ansiedade provocam uma carga substancial em diversos domínios, quer nos pacientes e nas suas famílias, quer a nível económico. Isto porque uma vez que a ansiedade é uma doença associada a um grave comprometimento funcional do sujeito (APA, 2013; Swinson, et al., 2006), tem elevada repercussão na redução da produtividade laboral dos pacientes (Swinson, et al., 2006).

Frequentemente indivíduos com PAG apresentam comorbilidade com outras patologias, satisfazendo características associadas às perturbações depressiva e bipolar (APA, 2013; Swinson, 2006), e às perturbações psicóticas (APA, 2013). Ao mesmo tempo, as perturbações de ansiedade estão associadas a um risco aumentado de comportamentos suicidas, risco que aumenta significativamente quando existe comorbilidade com outra psicopatologia (Swinson, et al., 2006).

3.4.2. Intervenção Psicomotora

Como constatado anteriormente, as perturbações de ansiedade apresentam manifestações somáticas e podem condicionar gravemente o funcionamento psicossocial do indivíduo. De acordo com (Swinson, et al., 2006), nas perturbações de ansiedade a psicoterapia deve ser utilizada como complemento à terapia farmacológica, apesar de poderem ser usadas de forma independente.

Tendo em consideração os resultados do seu estudo que relaciona a ansiedade com elevados índices de reatividade emocional, Macatee & Cougle (2013) sugerem que a intervenção na PAG deve considerar:

- Promoção de competências de regulação emocional que visem o aumento da consciencialização emocional do indivíduo para uma melhor gestão das emoções;
- Diminuição da reatividade emocional – pretende-se uma regulação da reatividade partindo da aquisição de maior consciência emocional e corporal.

Segundo Röhrich (2014), as terapias de mediação corporal devem ter como objetivo principal reduzir os níveis de *stress* associado à ansiedade, por exemplo através de técnicas de relaxação terapêutica (e.g. relaxação progressiva). O autor salienta ainda que indivíduos com PAG manifestam défice ao nível da imagem corporal, e indica os seguintes objetivos para pacientes com perturbações de ansiedade:

- Proporcionar experiências corporais, com enfoque na consciencialização do movimento e da respiração;
- Aumentar consciencialização da noção de peso, da postura/sistema musculoesquelético e das sensações tático-quinestésicas;
- Desenvolver a expressão corporal através de técnicas expressivas, com enfoque no aumento da espontaneidade;

- Promover reestruturação da imagem corporal.

Especificando os sintomas já enunciados no subcapítulo II.3.4.1., nomeadamente a excessiva preocupação, os medos e os pensamentos intrusivos, consideram-se ainda os seguintes objetivos na intervenção com indivíduos com PAG:

- Reduzir a necessidade de antecipação – tal como referem Pawluk & Koerner (2013) e Coleman, Pieterefesa, Holaway, Coles, & Heimberg (2011), sujeitos com PAG manifestam reduzida tolerância à incerteza, o que se pode traduzir num aumento da necessidade do sujeito controlar, antecipar e prever determinada situação, preparando-o para todos os cenários que possam advir dessa situação. Deste modo, em terapia psicomotora pretende-se reduzir tal necessidade para uma diminuição do estado de ansiedade inerente às diversas situações do quotidiano e do contexto onde o sujeito está inserido.

- Reduzir racionalização dos sintomas – indivíduos com PAG tendem a manifestar uma elevada preocupação relativa à presença de sintomas somáticos, como insónias, dores musculares, de cabeça ou de estômago, tonturas, cansaço (Swinson, et al., 2006), tensão muscular e tremores (APA, 2013). Neste sentido, verifica-se uma racionalização excessiva e uma focalização no sintoma, que se expressa por um aumento da preocupação e ansiedade. Em psicomotricidade, visa-se um aumento da capacidade autoconcentrativa e um aumento da perceção de sensações corporais prazerosas, de modo a diminuir o foco da atenção do sujeito na sintomatologia e a diminuir a ansiedade inerente que lhe está associada.

4. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), EPE é uma entidade público-empresarial, criada sob o Decreto-Lei n.º 203/08, de outubro de 2008, após 13 anos de gestão privada. Esta instituição, localizada na Amadora, integra a rede do Serviço Nacional de Saúde e serve 600 mil habitantes dos concelhos de Amadora e Sintra.

A missão do HFF consiste em prestar cuidados de saúde humanizados e diferenciados em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, assim como com outros hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde. Faz igualmente parte da missão do hospital a investigação, o ensino e formação dos demais profissionais de saúde (HFF, 2009a).

No que concerne aos valores da instituição, esta rege-se sob uma perspetiva humanista e orienta-se em função dos interesses, necessidades e preferências individuais dos utentes e das suas famílias. O hospital obriga ainda que todos os seus colaboradores regulem o seu comportamento segundo as normas éticas e

deontológicas da sua profissão, de modo a assegurar a honestidade e retidão dos profissionais em relação a terceiros (HFF, 2009a).

4.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria do HFF

O Serviço de Psiquiatria é uma das especialidades médicas do HFF que tem como diretora a Dr.^a Teresa Maia e como enfermeira chefe a Enf.^a Teresa Toscano, e que presta apoio a cerca de 350 mil habitantes. Este serviço tem como missão assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais, e a reabilitação e reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental (HFF, 2009b).

O Serviço de Psiquiatria deste hospital é composto pelas seguintes unidades: Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Hospital de Dia e Psiquiatria de Ligação que funcionam no espaço físico do hospital; a Unidade Funcional Comunitária que atua na comunidade e a equipa de Pedopsiquiatria que mudou recentemente para um espaço exterior ao hospital, também apresenta na comunidade (HFF, 2009b).

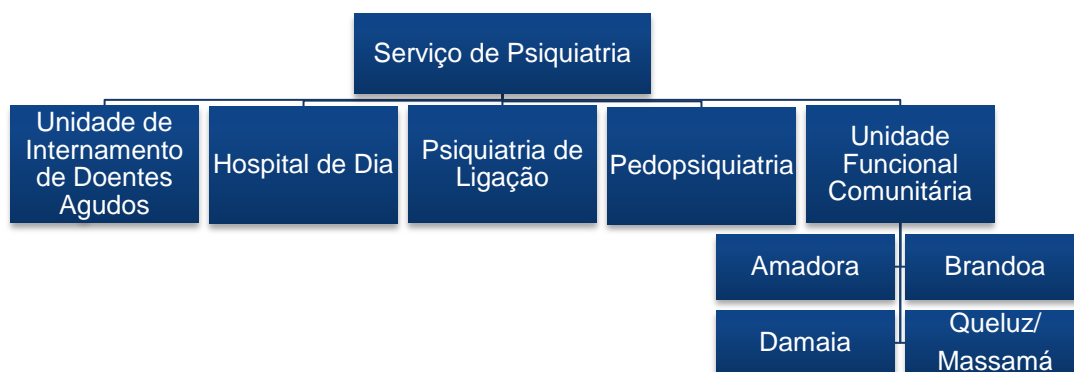


Ilustração 1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria do HFF

4.1.1. Caracterização da Unidade Funcional Comunitária e Espaço@com

A Unidade Funcional Comunitária é constituída por quatro equipas e desenvolve a sua atividade em três Centros de Saúde (Amadora, Brandoa e Damaia) e em instalações próprias (Queluz/Massamá). Esta unidade oferece aos utentes intervenções precoces, pedagógicas e reabilitativas de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo; acesso e contacto próximo com os doentes psiquiátricos graves; inserção social dos utentes, trabalhando com as famílias e com estruturas comunitárias; articulação com os Cuidados de Saúde Primários e a cooperação com estruturas Comunitárias (HFF, 2009b).

A Unidade Funcional Comunitária integra ainda a equipa do Espaço@com que é uma unidade de reabilitação psicossocial que desempenha as suas funções no Centro de Saúde da Damaia e em Queluz/Massamá. Esta equipa inclui uma médica psiquiatra, uma psicomotricista e uma terapeuta ocupacional em ambos os locais de atuação, dando resposta a utentes das quatro equipas comunitárias.

O Espaço@com funciona em consulta de ambulatório e pretende intervir de forma terapêutica, mantendo e/ou promovendo a autonomia do utente, a sua recuperação funcional e a sua reintegração socio-ocupacional. Destina-se a utentes que não necessitam de um ambiente terapêutico a tempo inteiro e a indivíduos com sintomas negativos marcados que não conseguiram aderir a nenhum projeto terapêutico. Esta equipa tem como principais objetivos a promoção de intervenções específicas de reabilitação psicossocial adequadas ao perfil de cada utente, capacitando-o nos domínios cognitivo, emocional, social e psicomotor; a promoção da vida ativa e reinserção socio-ocupacional na comunidade; a promoção da autonomia; o envolvimento da família no processo de reabilitação do utente; e a generalização das aquisições nos diferentes contextos de vida.

Esta equipa proporciona aos utentes intervenções individuais no âmbito da Psicomotricidade e/ou da Terapia Ocupacional, Terapia Familiar, Avaliação Cognitiva (Bateria ACECF, do Prof. Marques Teixeira), Reabilitação Cognitiva (*Cognitive Rehabilitative Treatment* e o *Cogniplus*) e treino de atividades de vida diária, com visitas domiciliárias realizadas pela terapeuta ocupacional. Integrado nas valências terapêuticas, o Espaço@com criou grupos terapêuticos destinados a utentes com características específicas: Grupo Come&Go (dirigido a utentes com doença mental grave e crónica, em situação de isolamento, com marcada sintomatologia negativa e que não aderiram a outros programas de intervenção), Grupo Psic (programa de intervenção precoce na esquizofrenia) e Grupo EF – Expressão no Feminino (dirigido a mulheres com perturbações somatoformes e com comorbilidade com perturbações do humor e perturbações de personalidade, que dificultam o seu contexto socio-afetivo e a sua funcionalidade na vida diária).

4.2. Caracterização da Equipa de Pedopsiquiatria

A população pediátrica da área geográfica de Amadora é da responsabilidade do HFF, à exceção de casos de internamento de pedopsiquiatria que ocorrem no Hospital D. Estefânia. Atualmente, após a reestruturação da pedopsiquiatria do HFF, a equipa é constituída por médica pedopsiquiatra, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira e uma psicomotricista.

A consulta de pedopsiquiatria do HFF dá atendimento a todo o concelho da Amadora e a algumas freguesias do concelho de Sintra, compreendendo uma faixa etária dos 4 aos 17 anos. Para além das consultas em ambulatório, a consulta de pedopsiquiatria também tem uma unidade de ligação onde são atendidas crianças e adolescentes com patologia orgânica e que são seguidos regularmente em consultas de outras especialidades médicas no HFF, e que apresentem simultaneamente psicopatologia; ou quando se verifica a necessidade da avaliação pelo pedopsiquiatra para um

diagnóstico diferencial em casos em que exista uma sintomatologia somática. A consulta desta especialidade presta também apoio a crianças e jovens internados na pediatria do HFF, sendo estes casos avaliados pelas psicólogas desse serviço.

No que concerne à ligação com a comunidade, são realizadas reuniões mensais no Centro de Saúde da Damaia, no Centro de Saúde de Massamá, e ainda reuniões com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Amadora.

III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No decorrer do presente capítulo será abordada a prática profissional no âmbito da intervenção psicomotora no HFF. Inicialmente será apresentada a organização das atividades de estágio, que inclui os objetivos e as atividades realizadas, a calendarização e horários das atividades de estágio e das sessões; de seguida será descrito o processo terapêutico que inclui uma descrição da valência de psicomotricidade neste local, os instrumentos de avaliação utilizados e uma caracterização genérica dos casos acompanhados. Ainda neste capítulo, no sentido de explicar pormenorizadamente a forma como a estagiária estruturou os projetos terapêuticos, encontram-se dois estudos de caso onde se descreve a história pessoal e clínica de cada utente, o processo de avaliação, estabelecimento de perfil e objetivos terapêuticos, projeto terapêutico e uma apreciação global de cada caso. Por fim, serão enunciadas as dificuldades e limitações sentidas pela estagiária, bem como as atividades complementares de formação.

1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

1.1. Objetivos e atividades realizadas

Os objetivos gerais do presente estágio consistem em promover o domínio do conhecimento científico e metodológico no âmbito da RPM, e proporcionar aprendizagem e treino direcionados para o exercício da atividade profissional do psicomotricista, através da aquisição de competências ao nível da intervenção terapêutica, da relação com os outros profissionais e da relação com a comunidade. Este estágio visa dotar o profissional da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços ou programas de RPM, adquirindo competências necessárias ao desenvolvimento de metodologias e instrumentos específicos de avaliação e intervenção nos diferentes contextos terapêuticos (Martins, Simões, & Brandão, 2014-2015).

O presente estágio no HFF compreendeu atividades ao nível da avaliação psicomotora, elaboração do perfil intraindividual e do respetivo plano terapêutico dos casos intervencionados que serão apresentados nos capítulos III.3 e III.4. Para além

das atividades realizadas no local de estágio onde decorria a intervenção propriamente dita, salientam-se ainda atividades complementares a esta experiência curricular que serão descritas no capítulo III.6, entre as quais a participação nas diferentes reuniões da equipa do Espaço@com e de Pedopsiquiatria; reuniões com o orientador académico de estágio; reuniões com a orientadora local de estágio; e horas de estudo, que contemplam o planeamento e relatórios das sessões, pesquisa e revisão de literatura, etc.

1.2. Calendarização e horário das atividades de estágio

O estágio curricular teve início a 13 de Outubro de 2014 e terminou a 5 de Junho de 2015. O cronograma apresentado na Tabela 1 diz respeito à calendarização das atividades realizadas ao longo do ano letivo.

O estágio iniciou-se com um período integração em ambas as equipas de Pedopsiquiatria e do Espaço@com da Damaia no mês de Outubro, seguido de um período de observação participada sem coocorrência com intervenção da estagiária durante o mês de Outubro. A partir de Novembro a estagiária iniciou o acompanhamento de casos individuais, mantendo-se o regime de observação participada durante todo o estágio, assim como a participação nas reuniões das equipas e nas sessões clínicas do serviço de psiquiatria.

Tabela 1. Calendarização das principais etapas do estágio

Calendarização das atividades de estágio	2014			2015					
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Integração na equipa (Espaço@com e Pedopsiquiatria)									
Observação participada									
Intervenção psicomotora									
Reuniões de equipa (Espaço@com e Pedopsiquiatria)									
Reuniões de núcleo de estágio									

No que respeita ao horário semanal das atividades de estágio, este foi dividido de modo a ser possível participar nas duas equipas. Assim, às segundas e sextas-feiras o estágio decorria no Centro de Saúde da Damaia, e às quartas e quintas-feiras nas próprias instalações do HFF. Durante mês de Janeiro, devido à pausa letiva para exames prevista no calendário académico, surgiu a possibilidade de alargar o horário de estágio para as quintas-feiras de manhã (Tabela 2).

Tabela 2. Horário semanal das atividades de estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
09:00-10:00	Espaço@com		Sessão clínica (HFF)	Espaço@com (mês de Janeiro)	Espaço@com
10:00-11:00					
11:00-12:00			Reuniões de equipas (HFF)		
12:00-13:00					
14:30-15:30			Pedopsiquiatria		
15:30-16:30				Pedopsiquiatria	
16:30-17:30	Reunião núcleo de estágio (FMH)				
17:30-18:30					
18:30-19:30					

1.3. Calendarização das sessões

Na tabela 3 apresenta-se a calendarização das sessões de psicomotricidade dinamizadas pela estagiária nos dois serviços (inclui sessões de avaliação e sessões de intervenção com os utentes acompanhados) e o total de sessões (inclui todo o conjunto de sessões dinamizadas e de sessões em que a aluna fez observação participada).

Tabela 3. Calendarização das sessões de psicomotricidade

Sessões:	Espaço@com	Pedopsiquiatria
Dinamizadas	50	87
Total	135	130

Ao longo das 31 semanas de estágio contabilizou-se um total de 265 sessões de psicomotricidade.

2. PROCESSO TERAPÊUTICO

Neste capítulo apresentam-se as características da valência de psicomotricidade no HFF, nomeadamente no que respeita à referenciação para a terapia psicomotora, à sessão-tipo e à caracterização do contexto físico onde se realiza a intervenção.

2.1. Valência de Psicomotricidade no HFF

A terapia psicomotora integra as equipas do Espaço@com e a equipa de pedopsiquiatria. A valência de psicomotricidade no serviço de psiquiatria do HFF

funciona em regime ambulatorio e a referenciação para a mesma é feita pelo médico psiquiatria (equipas comunitárias) ou pedopsiquiatra assistente em reunião de equipa.

No caso do serviço de psiquiatria, quando um utente é encaminhado para a unidade de reabilitação psicossocial do Espaço@com é realizada uma primeira consulta de avaliação geral do utente referenciado, seguindo os critérios de acompanhamento nesta equipa. Esta consulta visa dar a conhecer ao utente a proposta terapêutica de ser inserido nesta unidade com consultas regulares, individuais ou de grupo, de psicomotricidade e/ou terapia ocupacional, dependendo das suas características, motivação e objetivos terapêuticos. Após a consulta conjunta é dado seguimento ao processo terapêutico e, no âmbito da psicomotricidade, é agendada uma primeira sessão que consta numa entrevista semiestruturada de carácter avaliativo e explicativo, onde são explicados ao utente os objetivos da terapia de acordo com as suas necessidades. Depois deste primeiro momento com o psicomotricista, procede-se a uma avaliação psicomotora do utente, desenvolve-se o plano terapêutico com os objetivos, estratégias e calendarização da terapia, e por fim dá-se início à intervenção psicomotora. As sessões de psicomotricidade têm frequência variável, podendo ser marcadas semanal ou quinzenalmente, em sessões individuais e/ou grupais.

Em relação à equipa de pedopsiquiatria, o processo terapêutico é semelhante ao anteriormente descrito. Na reunião de equipa a médica pedopsiquiatra referencia o caso para a psicomotricidade, dando a conhecer as informações mais relevantes da criança e do seu contexto familiar e escolar. De seguida é agendada uma primeira sessão com a criança e o seu cuidador, realiza-se uma entrevista semiestruturada e são explicados os objetivos da terapia, indo ao encontro das necessidades individuais da criança. Nas primeiras sessões de intervenção é realizada a avaliação psicomotora e traçado o perfil intraindividual da criança, com posterior elaboração do plano terapêutico e intervenção propriamente dita.

2.1.1. Sessão tipo

Considerando que o estágio se desenvolveu quer com crianças e jovens, quer com adultos no âmbito da SM, e apesar das sessões apresentarem uma organização típica de base, existem necessariamente momentos distintos. Em ambos os casos, as sessões individuais têm uma duração de cerca de 45 minutos, e as sessões grupais que decorrem no Espaço@com duram cerca de uma hora.

As sessões podem ser divididas em três fases principais:

- **Diálogo inicial** – primeiro momento da sessão que geralmente se inicia com algumas questões do terapeuta direcionadas ao utente/criança de modo a aferir o seu estado atual (e.g. “*como se sente hoje?*”, “*como correu a sua/tua semana?*”). Ainda

neste primeiro contacto é realizada uma retrospeção acerca das atividades realizadas na sessão anterior, o que contribui para fazer uma rechamada de memória no sentido do utente estabelecer ligação de semana para semana com as sessões; dá conhecimento ao terapeuta sobre aquilo a que o utente deu maior importância na sessão anterior; e proporciona um sentimento de continuidade ao longo das sessões.

Particularmente nas sessões de psicomotricidade na pedopsiquiatria, este diálogo pode incluir também o planeamento das atividades a realizar na sessão (e.g. “*o que gostarias de fazer hoje?*”). Este planeamento pode incluir a descrição verbal e/ou escrita da tarefa, os seus objetivos, sistema de regras e pontuação (caso exista), e tempo estimado para a realização da tarefa. As atividades podem ser sugeridas pela criança, pelo terapeuta, ou em conjunto (e.g. de modo a criar variantes de uma mesma tarefa).

- **Atividades** – fase da sessão onde se realizam as atividades propriamente ditas, que podem ser de carácter mais expressivo, gnossoprático ou de relaxação, variando de acordo com os objetivos terapêuticos e estratégias estabelecidos para cada utente.

Na intervenção em pedopsiquiatria este é um momento de exploração espontânea entre a criança, o espaço e os materiais, e que lhe possibilita a vivência do simbólico. Por norma, após a realização das atividades o terapeuta questiona a criança acerca da própria tarefa, das dificuldades encontradas e formas de as contornar, e de possíveis variantes à atividade executada.

- **Diálogo final** – momento no qual se realiza uma análise reflexiva acerca das vivências corporais do utente ao longo da sessão, favorecendo a tomada de consciência do vivido e a associação entre a ação e a sua expressão emocional. Neste diálogo o terapeuta pode questionar o utente sobre “*como se sente?*”, “*o que gostou mais e menos durante a sessão?*”, “*como se sentiu nas diferentes atividades?*”, “*o que estivemos a trabalhar ao longo desta sessão?*”, com o intuito de perceber o que o indivíduo valorizou mais durante a sessão. A utilização da palavra visa a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal ao longo da sessão (Maximiano, 2004). A expressão sobre o vivido e sentido na sessão pode ser feito de diferentes formas, e.g. através de uma palavra que caracterize a sessão, um desenho ou um movimento, desde que imprima o valor simbólico que teve para o indivíduo e que permita a sua consciencialização.

No caso da intervenção com crianças e jovens, para além das fases acima descritas, salienta-se ainda a realização dos seguintes momentos:

- **Cumprimento no início e final da sessão** – Realização de um gesto definido em conjunto pela criança e pelo terapeuta, que contribui para o estabelecimento da

relação terapêutica e sentimento de pertença, e permite delimitar o espaço de sessão do espaço exterior à sessão.

- **Relaxação/Retorno à calma** – Momento que ocorre geralmente no fim da sessão, antes do diálogo final, e que contribui para a redução da ativação corporal e do estado de alerta e vigília, promoção da consciencialização corporal e da regulação tonicoemocional da criança. As técnicas de relaxação utilizadas são variáveis de acordo com as características da criança, a sua capacidade de escuta e controlo do corpo, porém visam sempre contribuir para o aumento da perceção corporal e harmonização da relação corpo-emoção (ver subcapítulo II. 2.3.2).

2.1.2. Caracterização do contexto físico e materiais de intervenção

As sessões de psicomotricidade do serviço de psiquiatria, que decorrem no Centro de Saúde da Damaia, realizam-se em articulação com as sessões de terapia ocupacional e, portanto, existem dois espaços disponíveis para as consultas:

- **Sala:** espaço amplo no qual decorrem todas as sessões de grupo realizadas pelo Espaço@com, e grande parte das sessões individuais de psicomotricidade. Neste espaço existe uma mesa, cadeiras e quadro, e é aqui que se encontram os materiais usados nas diversas sessões, entre os quais: almofadas, colchões, sacos de areia, bolas de diferentes tamanhos, pesos e texturas, arcos, cones, bastões, paraquedas, instrumentos musicais, lenços, material de expressão plástica, etc.

- **Gabinete médico:** espaço mais pequeno no qual se realizam, maioritariamente, as consultas de avaliação e reabilitação cognitiva, e sessões individuais de psicomotricidade e terapia ocupacional. Neste espaço existem duas secretárias, cada uma com um computador (um para o terapeuta, e outro exclusivo para o programa de reabilitação cognitiva - *Cogniplus*), e cadeiras. Quando as sessões se realizam neste local, existe possibilidade de levar o material necessário presente na sala grande.

Por seu turno, as sessões de psicomotricidade do serviço de pedopsiquiatria realizam-se no ginásio do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria. O ginásio é um espaço amplo que contém um grande sofá e diversos materiais que são usados quer nas sessões de psicomotricidade, quer em sessões de terapia ocupacional com os utentes do internamento/HD. Entre os materiais presentes no ginásio constam: um grande espelho, quadro e marcadores, colchões, uma baliza, um *skate*, instrumentos musicais, paraquedas, bolas de diferentes tamanhos, pesos e texturas, bastões, sacos de areia, arcos, plataforma de equilíbrio, um túnel, etc.

Sempre que existem primeiras consultas e reuniões com pais estas decorrem num gabinete médico, normalmente usado pela equipa de pedopsiquiatria.

2.2. Instrumentos de Avaliação

Seguidamente serão descritos os instrumentos de avaliação utilizados ao longo do estágio, nomeadamente a Bateria Psicomotora (BPM), a Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), a Ficha do Esquema de Tensões, a Grelha de Observação do Comportamento (GOC) e a Behaviour Assessment Scale for Children (BASC).

Na intervenção psicomotora em pedopsiquiatria os instrumentos de avaliação utilizados foram a BPM, a GOC e a BASC, enquanto na intervenção em psiquiatria recorreu-se a determinados itens da BPM, a SCL-90-R, a Ficha do Esquema de Tensões e a GOC. Com a aplicação destes instrumentos pretendeu-se recolher informações necessárias ao estabelecimento de um projeto terapêutico para cada utente, tais como a capacidade de controlo e regulação tónica e de aceder à passividade, a consciência dos estados tónicos, a noção do corpo e da organização espaciotemporal, a organização e flexibilidade do pensamento, a capacidade de programação motora e intencionalidade da ação, a atitude e postura na relação, entre outras.

Nenhum dos seguintes instrumentos constitui um meio de diagnóstico de uma patologia, porém permitem realizar uma avaliação das características e necessidades do indivíduo, bem como garantem uma monitorização do processo terapêutico. Por não estarem validados para a população portuguesa, os instrumentos foram aplicados com referência a critério.

2.2.1. Bateria Psicomotora (BPM)

A BPM foi desenvolvida em 1975 por Vítor da Fonseca, com a finalidade de identificar o grau de maturidade psicomotora e detetar sinais desviantes em crianças com dificuldades de aprendizagem. A BPM permite a obtenção da qualidade do perfil psicomotor da criança que está diretamente associado ao seu potencial de aprendizagem, tanto em relação à integridade como à dificuldade, pois reflete a organização neurológica das três principais unidades funcionais de Luria (Fonseca, 2010b).

A BPM é dirigida a crianças entre os 4 e os doze anos de idade, sendo composta por um conjunto variado de atividades distribuído pelos 7 fatores psicomotores, que se subdividem em vários subfactores. Sucintamente a bateria é constituída por: tonicidade (dividido nos seguintes itens: extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias); equilíbrio (constituído por: imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico); lateralização; noção do corpo (que avalia: o sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo); estruturação espaciotemporal (que se divide em: organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica); praxia global

(fator constituído pelos itens: coordenação oculopedal e oculomanual, dismetria e dissociação); e praxia fina (que inclui: coordenação dinâmica manual, tamborilar e tarefas de velocidade-precisão). Para além dos fatores psicomotores, a BPM contém ainda itens relativos ao aspeto somático, desvios posturais, controlo respiratório e fatigabilidade da criança, na medida em que são fatores que podem influenciar os resultados do perfil psicomotor (Fonseca, 2010b).

Especificamente, e tendo em conta o conjunto de fatores avaliados, a BPM permite a observação de estruturas tonicomusculares, o controlo vestibular e proprioceptivo postural, a segurança gravitacional, o domínio equilíbrio estático e dinâmico, a dominância manual, a somatognosia e o grau da organização tatiloquinestésica do corpo, a orientação e organização espacial, a receção e a memorização do ritmo, a dissociação, a planificação e sequencialização dos movimentos, a proficiência da motricidade fina. Ao mesmo tempo, a aplicação da BPM permite ainda observar défices ao nível da atenção, do processamento informacional visual e auditivo, a estrutura cognitiva e emocional do indivíduo (Fonseca, 2010b).

A BPM é de simples administração podendo demorar cerca de 30-40 minutos para um observador experiente. O resultado total da BPM obtém-se a partir da cotação média arredondada de cada fator psicomotor, que por sua vez é classificado numa escala de 4 níveis: 1- apraxia, 2- dispraxia, 3- eupraxia, e 4- hiperpraxia. Após a cotação, é apurado o valor total e definido o perfil psicomotor do indivíduo (Fonseca, 2010b):

4- Perfil Hiperprático – é obtido quando existe uma organização psiconeurológica normal, traduzido por uma realização controlada, planeada, harmoniosa e eumétrica.

3- Perfil Euprático – caracteriza-se por uma realização completa, adequada e controlada na maioria das tarefas, embora possa existir algum subfactor onde se manifeste alguma imaturidade ou imprecisão.

2- Perfil Disprático – evidencia problemas ao nível do equilíbrio e, consequentemente problemas vestibulares associados a sinais de desatenção e impulsividade, dificuldades práxicas, problemas na integração sensorial e dificuldades de controlo na maioria das tarefas da BPM.

1- Perfil Aprático – corresponde a um perfil deficitário, cuja criança evidencia sinais disfuncionais evidentes e dificuldades significativas de aprendizagem. Traduz uma não realização, ou realização imperfeita na maioria das tarefas.

No local de estágio, a BPM foi utilizada nos dois contextos de intervenção. Porém, enquanto na avaliação de crianças e jovens a BPM foi aplicada na íntegra, no caso da avaliação de adultos foram apenas selecionados alguns itens para serem aplicados de

acordo com a informação necessária à elaboração do perfil intraindividual e do plano terapêutico de cada utente. Em ambas as utentes acompanhadas na psiquiatria de adultos se procedeu à avaliação da tonicidade (passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias), equilíbrio (imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico), noção do corpo (sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo), estruturação espaciotemporal (estruturação rítmica) e praxia global (dissociações).

2.2.2. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

Desenvolvida por Leonard R. Derogatis em 1994, a SCL-90-R é uma escala de autoavaliação destinada a avaliar padrões de sintomas presentes em doentes psiquiátricos. A escala é constituída por 90 itens integrados em 9 dimensões primárias e 3 índices de sofrimento geral, e cada um dos itens é classificado numa escala de 5 valores quanto à frequência da presença dos sintomas: 1- nunca, 2- poucas vezes, 3- às vezes, 4- muitas vezes, 5- sempre ou quase sempre (Casullo & Pérez, 2008).

A cotação e interpretação da SCL-90-R é realizada tendo em conta as seguintes dimensões (Casullo & Pérez, 2008; Fuentealba & Bravo, 2008):

- **Somatização** – Esta dimensão reflete a presença de sofrimento pela perceção de disfunções corporais, e.g. disfunções cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórias, dores de cabeça, dores musculares e outros sintomas somáticos provenientes de ansiedade;
- **Obsessão-Compulsão** – Inclui sintomas característicos da perturbação obsessivo-compulsiva, e.g. pensamentos, ações e impulsos indesejados e que o indivíduo não consegue evitar;
- **Sensibilidade Interpessoal** – Dimensão que pretende detetar a presença se sentimentos de inferioridade e inadequação pessoal perante outras pessoas, e inclui sentimentos de autodepreciação, incómodo e expectativas negativas acerca das relações interpessoais;
- **Depressão** – Esta dimensão compreende as principais manifestações clínicas da perturbação depressiva, e.g. humor disfórico, perda da motivação e interesse, falta de energia, sentimentos de desesperança, ideação suicida e outros sintomas somáticos e cognitivos associados à depressão;
- **Ansiedade** – Estão incluídos sintomas e comportamentos associados a elevados níveis de ansiedade, como a irrequietude, nervosismo, tensão muscular, ataques de pânico, medos;
- **Hostilidade** – Refere-se a pensamentos, sentimentos e ações característicos da presença de afetos negativos. Os itens desta dimensão incluem a expressão de agressividade, irritabilidade, raiva e ressentimento;

- **Ansiedade Fóbica** – Esta dimensão caracteriza-se por uma resposta de medo persistente, irracional e desproporcional em relação a pessoas, lugares ou objetos específicos, e que pode conduzir a comportamentos de evitamento ou fuga;
- **Ideação Paranoide** – Diz respeito a distorções do pensamento típicas do comportamento paranoide, e.g. pensamento projetivo, sentimentos de desconfiança, grandiosidade e centralidade, medo de perder a autonomia, delírios;
- **Psicotismo** – Dimensão que se refere a um estilo de vida esquizoide, refletindo sintomas como a solidão, alucinações e difusão do pensamento.

Após o preenchimento da escala são ainda cotados os 3 índices de sofrimento geral: índice global de severidade, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos. O primeiro diz respeito ao nível de severidade do sofrimento atual, o segundo reflete o total de itens com resposta positiva, i.e. qualquer resposta exceto 0, e o terceiro índice relaciona-se com o estilo de resposta, de modo a avaliar se o paciente tende a exagerar ou minimizar os seus sintomas (Casullo & Pérez, 2008).

A SCL-90-R é de fácil administração, com um tempo estimado de 15 minutos, e pode ser aplicada em pessoas entre os 13 e os 65 anos de idade, desde que não apresentem sintomas delirantes no momento da avaliação (Casullo & Pérez, 2008; Fuentealba & Bravo, 2008).

No contexto do estágio, a SCL-90-R foi aplicada às duas utentes acompanhadas no serviço de psiquiatria, com o intuito de obter informações acerca dos seus sintomas, das suas características individuais e como modo de monitorização da intervenção (através de uma avaliação pré e pós intervenção).

2.2.3. Ficha do Esquema de Tensões

A Ficha do Esquema de Tensões (consultar Anexo 2) consiste numa avaliação qualitativa que contém duas imagens do corpo (de ambas as perspetivas, anterior e posterior do corpo) divididas por tracejados que representam os diversos grupos musculares.

Na aplicação desta ficha é inicialmente sugerido ao paciente que consciencialize a tensão existente nas diferentes partes do corpo. Para isso, sugere-se que o indivíduo se sente confortavelmente e feche os olhos, caso o deseje. Após esta análise e escuta corporal, é pedido ao paciente que represente as suas tensões musculares no desenho do corpo: a vermelho as zonas de muita tensão, a amarelo as zonas de tensão média, e a verde as zonas de pouca ou nenhuma tensão.

Este instrumento de avaliação permite conhecer a capacidade do indivíduo pensar sobre o seu corpo e consciencializar as zonas de tensão muscular, e avaliar o

relaxamento muscular, a partir de uma comparação entre uma avaliação pré e pós a intervenção psicomotora.

2.2.4. Grelha de Observação do Comportamento (GOC)

Segundo Fonseca (2010b), a observação psicomotora permite, a partir do corpo e do movimento, detetar significações psiconeurológicas que materializam o intelecto, pois é o carácter psíquico do movimento que interessa ao observador, neste caso ao psicomotricista. Tal significa que é a representação, a elaboração, a integração, a programação, a regulação e a verificação da ação que realmente importam no momento da observação psicomotora, ao invés do grau de execução da tarefa.

Como forma de auxiliar na observação psicomotora e monitorizar a frequência de comportamentos, tipo de jogo, aspetos psicomotores, posturais e atitudinais ao longo da intervenção, um grupo de estagiários do núcleo de psicomotricidade em saúde mental sob a orientação do Prof. Doutor Rui Martins e da Prof.^a Doutora Celeste Simões, adaptou a GOC desenvolvida anteriormente por estagiários do núcleo de psicomotricidade em saúde mental do ano letivo 2012/2013.

Posto isto, a GOC é um instrumento de referência a critério, e visa organizar a observação do psicomotricista em contexto de sessão, bem como apoiar no registo dos comportamentos do indivíduo e na monitorização o processo terapêutico (consultar Anexo 3). Esta grelha divide-se em três domínios, cada um subdividido em diversos subdomínios:

1- Comportamento e Desempenho na sessão. Este domínio subdivide-se em: apresentação/postura perante a tarefa; participação na tarefa; ajustamento à tarefa; iniciativa e sugestões; atitude face à tarefa; comunicação verbal e não-verbal; respeito pelas regras; tolerância à frustração; e memória.

2- Relação. Este domínio avalia: características gerais; relação com o terapeuta e com os pares; e estratégias de resolução de problemas.

3- Componentes Psicomotoras. Na qual se englobam os seguintes subdomínios: identificação na resposta; e itens dos sete fatores psicomotoras da BPM.

No que concerne à cotação, a GOC utiliza uma abordagem quantitativa ao considerar critérios de frequência do comportamento (de quatro níveis: 1- nunca/quase nunca; 2- poucas vezes; 3- muitas vezes; 4- sempre/quase sempre), estando também inerente uma possível observação qualitativa em cada um dos itens.

Ao longo da discussão e elaboração desta grelha de observação, surgiram diversas limitações tais como: a subjetividade da grelha ao olhar de cada observador; a falta de coerência entre os itens e a abrangência de áreas de observação. Deste modo,

sugere-se que futuramente se realize um estudo detalhado que garanta uma fundamentação dos domínios e subdomínios presentes na GOC, proporcionando uma contribuição para uma maior objetividade na observação psicomotora no contexto de saúde mental.

2.2.5. *Behaviour Assessment Scale for Children (BASC)*

No âmbito do estágio na pedopsiquiatria, a BASC foi utilizada apenas como avaliação inicial de uma criança (RS) cuja caracterização será apresentada no capítulo III.3. Tal facto é suportado pelo reduzido número total de sessões de intervenção com a criança em questão, e portanto não se justificou a realização de uma avaliação final formal com este instrumento. Ainda assim, por ter sido estudado e administrado, optou-se por fazer uma breve descrição do mesmo.

A BASC é uma escala de avaliação formal e com referência a norma, desenvolvida por Cecil Reynolds e Randy Kamphaus em 1992. Este instrumento avalia crianças entre os 4 e os 18 anos, e tem o intuito de simplificar a classificação diagnóstica de diversas perturbações emocionais e do comportamento, e de proporcionar informações adicionais relevantes para a elaboração dos projetos terapêuticos. A escala inclui questionários de heteroavaliação (relativos à versão para pais e à versão para professores) e de autoavaliação (versão para a própria criança se avaliar), cuja cotação é atribuída quanto à frequência de comportamentos em quatro níveis: 0- nunca, 1- ocasionalmente, 2- frequentemente, e 3- sempre (Reynolds & Kamphaus, 1992).

O questionário de heteroavaliação dos pais é constituído por 138 itens e divide-se em: componente dos problemas exteriorizados, que inclui os itens da hiperatividade, agressividade e problemas de comportamentos; componente dos problemas interiorizados, onde constam a ansiedade, depressão e somatização; e subescalas que avaliam a atipicidade, tendência para o isolamento e problemas de atenção. Quanto ao questionário de heteroavaliação dos professores composto por 148 itens, para além dos itens comuns e anteriormente anunciados, constam ainda: a componente dos problemas escolares, referente aos problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem; e a subescala da autoagressão. Os componentes acima descritos constituem o perfil clínico da criança, porém a BASC indica também o seu perfil adaptativo que é constituído pela componente das competências adaptativas, que se subdivide na adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA

Ao longo do estágio, a intervenção psicomotora foi realizada maioritariamente a nível individual, com a possibilidade de dinamizar esporadicamente sessões grupais no âmbito do Espaço@com (grupo Come&Go e grupo EF). No total, foram sete utentes acompanhados pela estagiária, cinco do serviço de pedopsiquiatria (PS, RS, JN, MR e NR) e dois do serviço de psiquiatria (FP e MO). Os utentes acompanhados foram encaminhados entre Novembro de 2014 e Fevereiro de 2015, dos quais apenas um já era acompanhado pela psicomotricista do serviço (o utente PS). Todos os outros iniciaram o seguimento em psicomotricidade neste período com a estagiária.

Seguidamente serão identificados e caracterizados os utentes acompanhados em psicomotricidade, à exceção dos dois estudos de caso que serão descritos mais pormenorizadamente no capítulo III.4 (NR e MO). Em cada um dos casos clínicos será apresentada uma breve síntese da história pessoal e do contexto familiar, de modo a contextualizar os sintomas atuais, assim como dados da avaliação inicial e final, perfil intraindividual e objetivos terapêuticos, processo de intervenção e uma apreciação global do caso.

3.1. PS.

Tabela 4. Identificação do utente PS

Identificação	
Género	Masculino
Data de nascimento	31/07/2006 (9 anos)
Ano de escolaridade	3º Ano
Diagnóstico	PHDA; Traços do Espectro do Autismo
Motivo de encaminhamento para a PM	Agitação Psicomotora, Comportamentos agressivos e de oposição, Estereotípias

O PS foi encaminhado pelo serviço de pediatria do HFF para a consulta de pedopsiquiatria devido à presença de estereotípias e comportamentos de oposição, em 2012. Desde então a criança foi acompanhada em psicomotricidade com uma frequência quinzenal. Devido à necessidade de ter um acompanhamento semanal, passou a ser acompanhado pela estagiária.

Visto que a criança estava já a meio de um processo terapêutico, optou-se por não realizar uma avaliação formal com o intuito de não alterar o curso das sessões que o PS estava a ter, particularmente por estar em fase de jogo simbólico. Por esta razão, e por não existirem resultados comparativos, não será aqui descrito o processo de intervenção com o PS.

No Anexo 4 é possível encontrar um exemplo de um plano e relatório de sessão de psicomotricidade com o PS.

3.2. RS.

Tabela 5. Identificação do utente RS

Identificação	
Género	Masculino
Data de nascimento	26/08/2007 (8 anos)
Ano de escolaridade	2º Ano
Diagnóstico	PHDA associada à problemática emocional; Dificuldades do sono
Motivo de encaminhamento para a PM	Agitação Psicomotora; Comportamentos Oposição e Desafio; Comportamentos Agressivos
Data de início do acompanhamento em PM	18/02/2015
Nº de sessões de PM planeadas	15 Sessões (frequência semanal)
Nº de sessões de PM realizadas	8 Sessões

O RS é seguido em consulta de pedopsiquiatria desde 2014, tendo sido referenciado por quadro de alterações do comportamento (agitação psicomotora, comportamento de oposição e desafio e agressividade), dificuldades na regulação afetiva e dificuldades de atenção. Estas dificuldades expressas pela criança evidenciam um impacto ao nível da autonomia, do relacionamento interpessoal e integração social na escola. Para além do acompanhamento em pedopsiquiatria, psicologia e psicomotricidade, o RS faz terapia medicamentosa de metilfenidato (desde os 2 anos e meio de idade).

A criança vive com os pais, com as irmãs (de 1 e 2 anos de idade), com o avô e com uma tia maternos. Desde os 2 anos que o RS evidenciava elevada irrequietude, dificuldades em se manter nas atividades, comportamentos agressivos quando frustrado e dificuldades em esperar pela sua vez. A mãe refere que o RS tem um sono muito agitado, medo do escuro e fala em ser abandonado. A gestação do RS não foi planeada e só a partir dos 6 meses é que a mãe começou a aceitar a gravidez pois afirma que não se sentia preparada. Aos 3 anos de idade da criança, a mãe refere ter entrado num estado depressivo devido ao falecimento da sua mãe e a um aborto aos 5 meses de uma gravidez por mal formação do feto. No que diz respeito a antecedentes psiquiátricos, sabe-se que a tia que coabita com esta família é seguida em psiquiatria (por problemas relacionados com o RS, segundo a mãe), assim como a mãe da criança é acompanhada por perturbação depressiva com ataques de pânico desde os 17 anos, e teve uma anorexia nervosa entre os 17 e os 22 anos.

Em relação a este caso, é importante referir que a mãe parece ter uma atitude impositiva, exigente e negativa em relação ao filho, não reconhecendo ou valorizando as áreas positivas da criança. Aparenta ser uma mãe preocupada com o RS, mas ao mesmo tempo bastante ansiosa e cansada.

O RS é uma criança que privilegia o agir como forma de expressão, manifestando uma elevada agitação psicomotora com comportamentos de oposição, desafio e provocação dos colegas e professor, apresenta baixa tolerância à frustração, ansiedade de desempenho, impulsividade na ação, dificuldades em manter a atenção nas tarefas e em esperar pela sua vez. A par destes sintomas, nota-se ainda alguma ansiedade de separação em relação à mãe (e.g. não aguenta estar na sala de espera enquanto a estagiária fala com a mãe na sala ao lado) e pobre autonomização. O professor do RS relata que é uma criança inconstante nas relações afetivas, alternando entre momentos de elevada procura de afeto e elevada agitação e oposição quando contrariado ou quando tem de esperar por esse afeto/recompensa, assim como evidencia dificuldade em controlar emoções em momentos de euforia.

Perante as preocupações levantadas na entrevista inicial com a mãe do RS, o motivo de encaminhamento da médica pedopsiquiatra e com as características evidenciadas pela própria criança (pela observação e avaliação psicomotora, a consultar no Anexo 5) foi delineado o perfil intraindividual e os objetivos terapêuticos que se encontram no Anexo 6.

Apesar das 15 sessões planeadas para o processo de intervenção, a criança apenas compareceu a 8 por diversos motivos (e.g. doença, avaliações escolares, etc.). Na intervenção psicomotora, o RS manteve sempre um registo de jogo funcional (não simbólico), e no início do acompanhamento a criança tentava sempre contornar as regras estabelecidas e inventava regras novas para sair vencedor do jogo. Este comportamento pode ser indicador da sua intolerância à frustração e ao perder, da baixa autoestima e da ansiedade de desempenho. Ao longo da intervenção, e estando mais consolidada a relação terapêutica entre a criança e a estagiária, este comportamento foi diminuindo, permitindo o espaço para errar e perder, sem que este fosse sentido como ameaçador ou julgador.

Essencialmente no início da intervenção era evidente também a dificuldade da criança em esperar, pois assim que entrava na sessão queria imediatamente jogar à bola. Ao longo das sessões, e de modo a adiar a gratificação, a estagiária combinava com o RS que ele podia jogar sim, mas só depois de fazer outra atividade combinada em conjunto ou proposta pela estagiária. A partir do momento que foi experimentando e explorando outros jogos e formas de brincar, a criança aumentou a sua iniciativa e criatividade ao pensar novas variantes aos jogos propostos. De referir ainda que o RS fazia transferência das atividades que mais gostava de uma sessão para a outra, principalmente atividades de maior contenção, desejando fazer tudo exatamente igual sem qualquer alteração. Este comportamento pode sugerir a necessidade da criança

em criar um ambiente onde está implícito o sentimento de pertença, continuidade, estabilidade e de segurança.

Perante o reduzido número de sessões realizadas e os intervalos de tempo sem sessões, não se justificou proceder a uma avaliação final e portanto não existem dados comparativos entre o pré e pós intervenção. Ainda assim, através da monitorização das sessões pela aplicação da GOC, verificam-se modificações como o aumento da atenção sustentada nas tarefas; o aumento do tempo para a recompensa ou gratificação; maior criatividade nos jogos e variantes dos mesmos; maior aceitabilidade das regras preestabelecidas nas atividades e menor reatividade em situações de perda no jogo. No Anexo 7 encontra-se um exemplo de um plano e relatório de sessão de psicomotricidade do RS.

No dia 20 de Maio de 2015 realizou-se uma reunião com a mãe do RS a fim de dar a conhecer os resultados da aplicação da BASC, bem como os objetivos de intervenção que estavam a ser trabalhados na psicomotricidade tendo em consideração as características da criança (consultar o relatório desta reunião no Anexo 8).

3.3. JN.

Tabela 6. Identificação do utente JN

Identificação	
Género	Masculino
Data de nascimento	10/08/2000 (15 anos)
Ano de escolaridade	7º Ano
Diagnóstico	Em avaliação diagnóstica
Motivo de encaminhamento para a PM	Inibição e desorganização psicomotora; dificuldades da relação e comunicação; bizarrias posturais
Data de início do acompanhamento em PM	12/11/2014*
Nº de sessões de PM planeadas	14 Sessões (frequência quinzenal)**
Nº de sessões de PM realizadas	9 Sessões

*Início da avaliação psicomotora; a 1ª sessão de intervenção foi a 07/01/2015.

** Inicialmente foi estabelecido um compromisso semanal, contudo devido a constrangimentos financeiros e de coordenação com o horário laboral da mãe do JN optou-se por uma frequência quinzenal.

O JN foi encaminhado para a consulta de pedopsiquiatria pela presença de sinais depressivos, marcados pelo isolamento social, apatia e ausência de interesses e objetivos, dificuldades de aprendizagem e de concentração, tendo iniciado a avaliação diagnóstica em Setembro de 2014. Nesta fase foi também encaminhado para avaliação em psicologia e psicomotricidade. Perante as características que serão em seguida descritas, a médica pedopsiquiatra coloca a hipótese de uma perturbação do espectro do autismo.

Quanto à sua história pessoal, sabe-se que em criança o JN era tímido, apesar de mais comunicativo do que é atualmente, e evitava o contacto físico embora se tenha adaptado bem ao jardim-de-infância e à entrada na escola primária e interagisse com os colegas. No entanto, aos 7 anos (no 2º ano de escolaridade) agravou-se o isolamento social, coincidente com um período de maior conflito e violência doméstica. Na infância manifestava interesses específicos sobre astronomia e jogos de construção de legos, não brincando ao faz-de-conta. A mãe refere ainda que o JN é sensível a cheiros, evita andar de transportes e sente-se mal em ambientes com muitas pessoas.

Relativamente ao seu contexto familiar, o JN é proveniente de uma família marcada pela violência doméstica continuada por parte do pai. Atualmente os pais encontram-se divorciados e o jovem vive apenas com a mãe e com o irmão mais velho. Para além do padrão de violência, o pai fazia também consumos de substâncias, o irmão do JN apresenta um quadro depressivo com recorrência a automutilações e consumos, e uma tia materna tem também histórico de doença depressiva. Por sua vez, a mãe do JN descreve-se como muito tímida em criança, refere que na escola primária falava em tom baixo e brincava sozinha no recreio, mas que na adolescência se tornou mais sociável e comunicativa. Devido aos poucos recursos, a mãe do JN mantém três empregos para garantir a subsistência da família, razão pela qual não está tão presente na vida do filho quanto gostaria.

O JN apresenta um perfil hipertónico e dispráxico, evidenciando uma postura inibida e evitante, fraco investimento e consciência corporal, elevada descoordenação motora, movimentos dismétricos e reduzido controlo tónico. O jovem revela distanciamento afetivo, apatia e tristeza, não tem amigos e evita o relacionamento com os pares, e recusa em sair de casa comprometendo a participação nas aulas. Concomitantemente manifesta algumas características do espectro do autismo, tais como o evitamento do olhar (com desvio lateral da cabeça), a rigidez do pensamento, alguns traços obsessivos e evitamento do toque.

Do ponto de vista da intervenção, considerou-se trabalhar ao nível da experiência corporal, da (re)estruturação do esquema corporal e do aumento do controlo tónico, de modo a incentivar a agentividade e a consciencialização do corpo como agente e possibilitador da ação. Deste modo, foi dado enfoque ao corpo real através de métodos ativos de relaxação, atividades de exigência cognitiva (garantindo ao JN maior previsibilidade sobre o espaço terapêutico, maior controlo e segurança), e desafios corporais, não só no sentido de aumentar a consciência corporal, como também de o fazer sentir que é agente no processo da ação. O perfil intraindividual e objetivos terapêuticos delineados para o JN encontram-se no Anexo 9.

No início da intervenção psicomotora, o JN demonstrava elevada contenção, intolerância ao toque e evitamento do olhar (tendo algumas tarefas da BPM de ser realizadas com recurso do espelho). Ao longo do processo terapêutico, o jovem foi aumentando a sua disponibilidade corporal quer na execução das atividades, quer na relação com a estagiária. A abordagem com o JN teve um teor diretivo pois o jovem não demonstrava ideias ou interesses sobre o que gostaria de fazer, contudo revelava curiosidade em perceber o porquê e as finalidades das atividades que eram realizadas, e geralmente recordava as tarefas realizadas na sessão anterior. Apesar de ter faltado a várias sessões, o JN demonstrou grande evolução a nível do contacto, nomeadamente com a diminuição do evitamento do olhar e o aumento da tolerância ao toque do outro, evidenciando uma melhoria em todos os fatores psicomotores. Nas últimas sessões foram introduzidos momentos finais de relaxação passiva, pois o toque já não era sentido pelo jovem como invasivo ou ameaçador.

Na seguinte tabela apresentam-se os resultados da avaliação inicial e final através da aplicação da BPM, na qual se pode constatar as melhorias globais em todos os fatores psicomotores, à exceção da Praxia Fina que não tem resultados comparativos do pré e pós intervenção.

Tabela 7. Resultados da avaliação inicial e final da BPM do utente JN

	Tonicidade	Equilibração	Lateralização	Noção do Corpo	Estruturação Espaço temporal	Praxia Global	Praxia Fina
Avaliação Inicial	2,16	2,46	4 (DDDD)	2,8	2,8	2,1	--
Avaliação Final	2,22	2,59	4 (DDDD)	3,4	3	2,5	2,5

Nas ilustrações que se apresentam de seguida é possível comparar as modificações ao nível do desenho do corpo (tarefa da BPM relativa ao fator psicomotor “*Noção do Corpo*”), sendo a figura da esquerda referente à avaliação inicial e a da direita à avaliação final. Como se pode constatar, observa-se um maior número de detalhes anatómicos e de vestuário na primeira figura (pormenores que podem ir ao encontro dos seus traços obsessivos – desenhar exatamente como vê), contudo é de notar o



Ilustração 2. Desenhos do Corpo do JN (inicial e final)

maior investimento ao nível da cor usada no corpo no segundo desenho, assim como uma postura que parece evidenciar menor rigidez nos membros superiores. A par destas observações, nota-se menor hipercontrolo do traço do desenho, o que pode traduzir um maior controlo tónico.

No Anexo 10 é possível consultar um exemplo de um plano e relatório de sessão de psicomotricidade com o JN.

3.4. MR.

Tabela 8. Identificação da utente MR

Identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	27/08/2002 (13 anos)
Ano de escolaridade	6º Ano
Diagnóstico	PHDA associada a dificuldades na regulação afetiva; em hipótese o diagnóstico de Perturbação Bipolar
Motivo de encaminhamento para a PM	Alterações graves do comportamento; Agitação Psicomotora; Impulsividade
Data de início do acompanhamento em PM	12/11/2014*
Nº de sessões de PM planeadas	21 Sessões (frequência semanal)
Nº de sessões de PM realizadas	21 Sessões

*Início da avaliação psicomotora; a 1ª sessão de intervenção foi a 07/01/2015.

A MR foi encaminhada para a consulta de pedopsiquiatria em 2013 pela neurologia pediátrica e pela psicóloga da escola com queixas de agressividade, dificuldades de atenção e défices na socialização. Antes de ser referenciada para a psicomotricidade, a criança foi acompanhada pela psicóloga da equipa, contudo a MR não aderiu à psicologia devido à sua dificuldade em expressar sentimentos/emoções, apresentando pouco *insight* para elaborar estratégias para modelar o seu comportamento e a sua agressividade dirigida. Atualmente, para além do acompanhamento na equipa de pedopsiquiatria e da articulação com a escola, a MR faz terapia medicamentosa de psicofármacos.

A gravidez da MR decorreu sem intercorrências e a criança teve um desenvolvimento psicomotor normal, embora apresentasse dificuldades na articulação verbal, razão pela qual foi acompanhada por terapia da fala no 1º ciclo. Desde a sua entrada na escola primária que era descrita como uma criança agitada que facilmente se distraía, e a mãe refere que nesta fase a MR começou a ter dificuldades em adormecer, a manifestar um sono agitado e a ter pesadelos sobre a morte de pessoas próximas, coincidente da morte do avô com quem tinha uma grande ligação afetiva. É descrito um agravamento do comportamento heteroagressivo no 5º ano de escolaridade em resposta a pequenas provocações dos colegas, que se iniciou por agressões verbais passando depois para agressões físicas, notando-se uma maior instabilidade da criança em ambientes menos estruturados e com mais ruído.

A criança vive com os pais e com o irmão mais velho, porém passa pouco tempo com os progenitores. Quanto a antecedentes psiquiátricos na família, um tio-avô materno

da MR teve diagnóstico de esquizofrenia, assim como um tio paterno apresentava um quadro psicopatológico de paranoia desde o início da vida adulta. A criança manifesta variações do humor, alternando entre momentos nos quais prevalecem pensamentos sobre morte e desvalorização pessoal, e em momentos de sobrevalorização e de euforia. Muitas vezes a MR afirma “*não devia ter nascido; sou um estorvo*” (sic.), correspondente a momentos em que se encontra com o humor deprimido.

Na primeira consulta, a MR revelou uma atitude imatura e de oposição em relação à mãe, mantendo a sua posição insistente e respondendo-lhe de forma impulsiva, criticando-a e ao mesmo tempo aproximando-se com manifestação de afeto. É uma criança com discurso fluido, embora por vezes pobre, e com conteúdo de tensão e agressividade no que diz respeito às questões acerca das suas relações interpessoais. Ao longo do processo terapêutico foi-se verificando as alterações do estado emocional da criança, tendo impacto ao nível da expressão comportamental: fases em que o seu comportamento era maioritariamente agitado, impulsivo e entusiástico, e fases em que mantinha um discurso confuso, deprimido e uma postura menos dinâmica (no Anexo 11 é possível observar as principais modificações comportamentais e atitudinais da MR, a partir da monitorização da intervenção através da GOC). A MR manifesta rigidez do pensamento e baixo *insight*, aspetos que podem condicionar a capacidade de modificabilidade cognitiva e a consequente aprendizagem e capacidade de melhoria.

Na seguinte tabela apresentam-se os resultados da avaliação inicial e final da BPM, nos quais se verifica uma melhoria em todos os fatores, à exceção da Praxia Fina. O perfil intraindividual e objetivos terapêuticos delineados para a MR encontram-se no Anexo 12.

Tabela 9. Resultados da avaliação inicial e final da BPM da utente MR

	Tonicidade	Equilibração	Lateralização	Noção do Corpo	Estruturação Espaço temporal	Praxia Global	Praxia Fina
Avaliação Inicial	2,33	2,25	3*	2,4	2,38	2,08	2,5
Avaliação Final	2,8	2,8	3*	2,4	2,6	2,92	2,33**

*Apesar de realizar maioritariamente as tarefas com preferência lateral direita, por vezes a MR escreve e lança com a mão esquerda.

**A diminuição da cotação do fator Praxia Fina na avaliação final foi comprometida pelo tempo de duração da realização do item “Coordenação Dinâmica Manual” (Av. Inicial = 3m54s; Av. Final = 8m20s).

Os resultados da BPM e da observação psicomotora vão ao encontro do descrito sobre a MR, pois permitem constatar o comportamento e corpo agido da criança, que se manifesta pela impulsividade e episódios de heteroagressividade. Ao mesmo tempo, parecendo demonstrar falta de controlo do seu próprio corpo devido a este

perfil agido e não pensado ou não refletido, a hipertonia verificável nos membros superiores pode sugerir uma defesa tónica à sua vulnerabilidade emocional.

Ao longo da intervenção psicomotora foi possível observar que a MR é uma criança com elevadas dificuldades de empatia, i.e. dificuldade em se colocar no lugar do outro, descoordenação motora, reduzido controlo tónico e postural, défices ao nível da somatognosia, dificuldade em aceder à passividade sem evidenciar paratonias, impulsividade na ação (e.g. começar tarefas sem antes terminada instrução), pouca tolerância à frustração e dificuldades na organização e planeamento motor. Demonstra uma atitude projetiva quando se depara com alguma dificuldade na resolução de problemas ou na realização de alguma tarefa, alternando entre uma postura colaborativa e de oposição. Apesar de ser uma criança criativa, manifesta elevadas dificuldades ao nível da expressão verbal das suas ideias, demonstrando défices no vocabulário e na organização do pensamento. É importante referir que ao fim de algumas sessões de psicomotricidade, na reflexão final a MR começou a falar sobre situações da sua vida (e.g. situações que a faziam despoletar sentimentos como a raiva; a sua dificuldade em controlar impulsos agressivos e em fazer amigos por a acharem “*maluca*” (sic); a sua opinião sobre alguns colegas da escola; etc.) e alguns medos (“*ficar imobilizada numa cadeira de rodas; de morrer; de alguém próximo morrer*” (sic), essencialmente em fases em que se encontrava mais contida no comportamento. No Anexo 13 encontra-se um exemplo de um plano e relatório de sessão da MR.

3.5. FP.

Tabela 10. Identificação da utente FP

Identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	24/03/1984 (31 anos)
Habilitações Literárias	12º Ano, (desistiu do 1º Ano de Direito)
Profissão	Peixeira
Diagnóstico	Perturbação de Ansiedade
Motivo de encaminhamento para a PM	Ansiedade, desregulação no controlo de impulsos
Data de início do acompanhamento em PM	16/12/2014*
Nº de sessões de PM planeadas	18 Sessões (frequência semanal)
Nº de sessões de PM realizadas	15 Sessões

*Início da avaliação psicomotora; a 1ª sessão de intervenção foi a 09/01/2015.

A FP é acompanhada no Espaço@com da Damaia no serviço de psiquiatria, tendo sido referenciada para a psicomotricidade em Dezembro de 2014 com queixas de dificuldade do controlo da ansiedade e desregulação do controlo de impulsos, com impacto nas decisões da vida profissional.

Quando a FP nasceu, o pai e mãe tinham 60 e 40 anos, respetivamente, e devido à pouca disponibilidade por motivos laborais de cuidarem da filha, esta foi entregue aos cuidados do irmão mais velho e da cunhada, contexto onde era vítima de agressões físicas. Após terem conhecimento destes atos, os pais da FP levaram-na novamente para casa quando esta tinha 5 anos. Aos 12 anos de idade a FP foi acompanhada por psicologia devido a ideação suicida, acontecimento que atualmente afirma não saber explicar o porquê desses pensamentos e tentativas contra a sua vida. A utente caracteriza os pais como “castradores” (sic.), e de poucos recursos intelectuais, razão pela qual a FP desde cedo teve de ser autonomizar e resolver assuntos diversos (e.g. finanças, segurança social, etc.). Aos 18 anos a FP sai de casa na tentativa de se tornar independente, engravida do seu ex-companheiro e é vítima de violência doméstica continuada até se separar. Para além do episódio psiquiátrico aos 12 anos, a FP teve uma depressão aos 24 anos, e a sua mãe é também acompanhada em psiquiatria.

A avaliação da FP foi realizada com recuso a alguns itens da BPM (como forma de avaliação qualitativa), à SCL-90-R (consultar Anexo 14) e à ficha do esquema de tensões. A FP apresenta um perfil hipertímico e um discurso marcado por elevada verborreia. A utente faz uma projeção de si, do que sente e dos seus medos para a sua filha, o que faz com que o seu discurso seja maioritariamente em referência ao outro e não a si. Tem um discurso fluido e coerente, no qual se podem identificar traços narcísicos e de sobrevalorização de si em relação às outras pessoas. No domínio psicomotor, a utente apresenta um adequado controlo respiratório e a capacidade de aceder voluntariamente à descontração muscular, não evidenciando sinais de paratonias. Para além dos sintomas de ansiedade, a FP manifesta também alguns comportamentos obsessivo-compulsivos (essencialmente de contagem), e oscilações do humor que se agravaram com a atual medicação da utente. Ao longo da intervenção a postura da utente também foi oscilante, variando em momentos de humor deprimido, de ansiedade e indiferença, e momentos de maior tranquilidade, concentração e colaboração.

De acordo com as suas características e necessidades foi delineado o perfil intraindividual e plano terapêutico da FP que define as diferentes etapas estabelecidas para a intervenção de acordo com os objetivos terapêuticos planeados (consultar Anexo 15). A tabela seguinte apresenta os objetivos gerais e específicos para a utente.

Tabela 11. Objetivos gerais e específicos da utente FP

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover consciencialização corporal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar consciência dos estados tónicos ▪ Atribuir significação a sensações corporais
Promover controlo da ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover relaxamento muscular ▪ Aumentar capacidade autoconcentrativa
Promover autorregulação e controlo de impulsos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar o controlo tónico ▪ Aumentar o controlo respiratório ▪ Promover <i>locus</i> de controlo interno
Desenvolver a capacidade expressiva e simbólica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar exteriorização de sentimentos e emoções no plano simbólico e representativo
Desenvolver a noção de corpo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar noção de limite do corpo ▪ Reorganizar o esquema e imagem corporal

Devido à dificuldade da utente em se concentrar em si, abstraindo-se do exterior e dos problemas que a envolvem, optou-se por diferentes estratégias como iniciar a intervenção com técnicas de relaxação mais passiva recorrendo ao toque, com o intuito de focalizar a atenção da FP nos segmentos corporais tocados, e passar progressivamente do concreto para o simbólico.

Nas figuras ao lado é observa-se a Ficha de Esquema de Tensões pré e pós intervenção. O desenho à esquerda (inicial), expressa elevada tensão na cabeça, zona pensante e locus da ansiedade, enquanto no desenho da direita (final) essa zona é desprezada, e a utente refere “*sinto a cabeça vazia, não sinto nada*” (sic.), sugerindo um estado mais deprimido, anedónico e apático que a FP apresentava aquando esta avaliação. O segundo desenho evidencia também uma maior diferenciação entre os estados de tensão média e maior tensão.

Por sua vez, o Desenho do Corpo evidencia uma execução mais pobre e desproporcional no pós intervenção. Na primeira execução (desenho da esquerda) a FP realizou um desenho pobre, com ausência de detalhes anatómicos, e com ombros largos, imprimindo a sensação de alguma rigidez postural. Ainda sobre este desenho, nota-se o uso de

duas cores distintas para o corpo e para a cabeça, facto ao qual se pode estabelecer alguma relação com a atribuição que a FP deu a alguns itens da SCL-90-R em que afirma “*a cabeça é independente do resto do corpo, não estão ligados*” (sic.). O desenho da direita, correspondente à avaliação final, revela-se desproporcional e ao

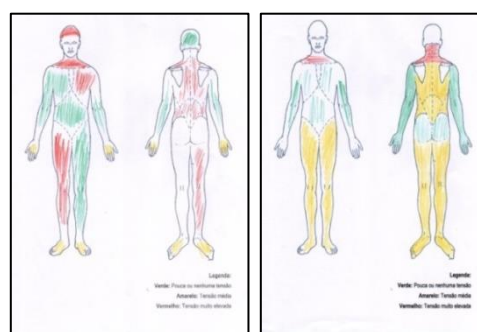


Ilustração 4. Ficha do Esquema de Tensões da FP (inicial e final)



Ilustração 3. Desenhos do Corpo da FP (inicial e final).

contrário do primeiro estão presentes os pés. Na execução do segundo desenho a FP evidenciou um traço menos contido. Neste desenho destaca-se ainda a forma da boca, que ao contrário da primeira execução, pode evidenciar angústia, nervosismo ou ansiedade. As alterações observáveis nos dois desenhos podem ser justificadas pelo estado emocional que a utente apresentava nesta fase da terapia, que a médica psiquiatra considera efeito da medicação. Esta fase caracterizou-se por momentos de humor variável e aumento de comportamentos de obsessivos de contagem.

Relativamente aos objetivos propostos, a FP manifestou um aumento do controlo respiratório e da consciência corporal, nomeadamente dos estados tónicos e das sensações corporais que permitiam um maior acesso ao estado de relaxamento muscular, e favoreceram um aumento do controlo tónico. Tais objetivos foram verificáveis pelo maior acesso à passividade e pela identificação e verbalização acerca dos estados tónicos e sensações propriocetivas. Em comparação com a avaliação inicial, a FP aumentou a capacidade de exprimir sensações e sentimentos no plano representativo, diminuindo a verborreia nesses momentos.

No Anexo 16 encontra-se um exemplo de um plano e relatório de sessão de terapia psicomotora com a FP.

3.6. Dinamizações no grupo terapêutico Come&Go

Ao longo do ano de estágio, a aluna teve oportunidade de manter uma observação participada nos grupos terapêuticos que beneficiam da terapia psicomotora no âmbito do Espaço@com, inclusive de dinamizar 7 sessões para o grupo Come&Go (15 de dezembro, 23 de fevereiro, 09 de março, 06 e 20 de abril, 18 de maio e 08 de junho).

Tal como indicado no capítulo II.4.1., o grupo Come&Go destina-se a utentes com doença mental crónica e com marcada sintomatologia negativa. Neste grupo, os diagnósticos mais comuns são esquizofrenia e perturbação bipolar, e o número de utentes que o constitui é variável pela sua estrutura semiaberta, na qual podem entrar ou sair pacientes a qualquer momento dependendo da sua evolução terapêutica. Atualmente contam-se com cinco indivíduos, dos quais se verifica uma média de participação por sessão de três utentes. O Come&Go tem como principais objetivos terapêuticos:

- Estimular componentes do sistema psicomotor: controlo postural, regulação tónica, equilíbrio, organização espaciotemporal, consciência corporal, coordenação motora, intencionalidade e planeamento da ação;

- Desenvolver capacidades cognitivas e processos executivos, tais como a memória, atenção, tempo de reação, tomada de decisão, resolução de problemas e criação de estratégias, planificação, antecipação e execução da ação;
- Promover a capacidade reflexiva, expressiva e simbólica;
- Promover as relações interpessoais;
- Diminuir sintomatologia negativa (e.g. embotamento afetivo, apatia e lentificação psicomotora).

No Anexo 17 encontra-se um exemplo de plano e relatório de sessão de terapia psicomotora com o grupo Come&Go.

4. ESTUDOS DE CASO

Neste capítulo serão apresentados dois estudos de caso, o primeiro acompanhado na equipa de pedopsiquiatria e o segundo no Espaço@com. A primeira razão para a escolha destes dois casos deve-se aos dois contextos de intervenção que constituíram o estágio ao longo de todo o ano letivo, considerando-se importante a exposição de um caso acompanhado em cada uma das equipas. Em segundo lugar, optou-se por estes casos específicos devido à reflexão que surgiu, por um lado pela similaridade da história pessoal, por outro pela disparidade de sintomatologia, expressão comportamental e organização psicomotora dos dois utentes.

Em cada um dos estudos de caso proceder-se-á à identificação e apresentação da história clínica e pessoal do indivíduo, dos instrumentos utilizados e avaliação inicial, dos elementos critério e hipóteses explicativas da expressão sintomática, do perfil intraindividual e objetivos terapêuticos, do processo terapêutico, da avaliação final e resultados e, por fim, de uma apreciação global do caso.

4.1. Estudo de Caso I

Tabela 12. Identificação do utente NR

Identificação	
Género	Masculino
Data de nascimento	10/08/2004 (11 anos)
Ano de escolaridade	5º Ano
Diagnóstico	PHDA associada a graves dificuldades de regulação do comportamento e dos impulsos
Motivo de encaminhamento para a PM	Alterações do comportamento (agressividade, impulsividades, oposição e desafio); Agitação psicomotora
Data de início do acompanhamento em PM	06/11/2014
Nº de sessões de PM planeadas	27 Sessões (frequência semanal)
Nº de sessões de PM realizadas	24 Sessões

4.1.1. História Pessoal e Clínica

O NR foi referenciado pela 1ª vez em 2011 para a consulta de pedopsiquiatria com queixas de alterações do comportamento, instabilidade socioemocional, impulsividade e irrequietude motora. No seguimento desta referência, o NR foi encaminhado para psicomotricidade, contudo a “avó” recusou a continuidade da terapia afirmando que a criança ficava mais agitada. Entre 2012 e 2014 continuou apenas o acompanhamento na consulta de pedopsiquiatria, período onde se realizaram vários ajustes da terapêutica devido às variações de comportamento da criança. Atualmente o NR encontra-se institucionalizado num Centro de Acolhimento Temporário (CAT), e em Outubro de 2014 foi novamente encaminhado para a psicomotricidade.

Quando nasceu, a criança ficou internada durante duas semanas devido a síndrome de privação neonatal, causada pelo consumo de opiáceos pela mãe durante a gravidez. Aos seis meses de idade o NR e o seu irmão mais velho foram entregues aos cuidados do avô paterno e da sua atual companheira (que será doravante designada como “avó”), encontrando-se negligenciados devido a situação de toxicod dependência da mãe. Aos dois anos entrou para a creche com boa adaptação ao contexto, porém descrito como uma criança muito agitada e irrequieta. Na escola primária o NR iniciou comportamentos mais desadequados, nomeadamente de oposição e desafio das regras, de agressividade dirigida a colegas e de maior agitação. Apesar das competências cognitivas e de evoluir na aprendizagem, apresentava dificuldades na manutenção da atenção e desorganização ao nível do material escolar.

Segundo a “avó”, o NR começa um maior desafio das regras e destruição de objetos em casa após ter visto a mãe, sem a qual tinha contacto há 4 anos. Nessa altura, a criança ficou com muitas expectativas em relação à progenitora, devido a várias promessas que esta lhe fizera e que não as chegou a cumprir. O NR nunca conheceu o pai, também toxicod dependente, e para além do irmão com que vivia, a criança tem mais 4 meios-irmãos que nunca conheceu (um deles também institucionalizado após ter sido abandonado pela mãe na maternidade).

Relativamente ao ambiente familiar, sabe-se que o avô tem 76 anos e aparenta ser um homem ausente, sem afeto e com postura agressiva e de ameaça, cujos filhos são ambos toxicod dependentes. A “avó” terá cerca de 66 anos, é pouco securizante e ameaçadora afirmando constantemente aos netos que os irá colocar numa instituição. Além disso, é impermeável às terapias propostas e sente-se ferida narcisicamente não compreendendo a razão pela qual o NR, que esteve ao seu cuidado desde bebé, é mais “*agitado e mal comportado*” (sic.) que o irmão, que é descrito como sendo mais calmo, mesmo tendo vivido durante 4 anos com a mãe num ambiente destruturado e

negligente. Apesar de ser casada com o avô das crianças, o casal não mantém qualquer relação amorosa. De realçar que o NR dormia com a “avó” e o irmão dormia com o avô. Entre si, os irmãos mantêm uma relação de rivalidade.

Para além da toxicodependência dos pais e do tio materno, a avó biológica materna tinha uma perturbação depressiva e cometeu suicídio, e a “avó” é acompanhada em psiquiatria por depressão e ansiedade. A mãe do NR é descrita como tendo sido muito agitada enquanto criança.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, o NR adquiriu a marcha aos 18 meses e disse a 1ª palavra quase aos dois anos de idade. O controlo de esfíncteres diurno deu-se ao um ano de idade, não existindo dados acerca do controlo noturno.

Em Maio de 2014 a criança foi retirada à família e está atualmente a viver num CAT, porém o seu irmão continua a viver com os avós. Depois de ser retirado, o NR tem contacto pouco frequente com a família, tendo ido a casa no natal de 2014 e os familiares recusaram que ele voltasse a casa na passagem de ano.

4.1.2. Avaliação Inicial

Devido às características da criança, a avaliação inicial teve um carácter qualitativo. Quando o NR foi encaminhado para a psicomotricidade iniciou-se a aplicação da BPM, porém a criança demonstrou grande resistência e oposição às tarefas propostas. Posto isto, optou-se por não forçar a aplicação desse instrumento e a avaliação do NR foi realizada com referência a critério através da GOC e da observação psicomotora, na qual se deu atenção ao tipo e conteúdo de jogo solicitado pela criança, ao tipo materiais utilizados, à atitude comportamental e postural, ao controlo corporal, às estratégias desenvolvidas na ação e na resolução de problemas, e a tolerância à frustração e às sugestões introduzidas pela estagiária.

Apesar de não ter sido aplicada na íntegra nem servir como comparação entre o pré e pós intervenção, considera-se relevante expor algumas informações retiradas acerca da postura e expressão comportamental da criança perante as tarefas da BPM. Inicialmente, o NR mostrou-se colaborante com as tarefas propostas, que se realizaram no ginásio onde posteriormente decorreram todas as sessões de psicomotricidade. Contudo, rapidamente se desmotivou e evidenciou sinais de aborrecimento, essencialmente nos itens respeitantes à equilibração estática onde afirmava repetidamente “*não sou capaz, não vou fazer isso*” (sic.), evidenciando dificuldades no controlo postural quando se encontrava de olhos fechados. Tais manifestações podem ser demonstrativas da insegurança gravitacional da criança. Em relação ao sentido cinestésico, embora nomeasse corretamente as diferentes partes do corpo, o NR abria os olhos e olhava para o local tocado pela estagiária antes de o

mentonar. Nesta tarefa verificou-se alguma hesitação e a necessidade da criança olhar para a estagiária após nomear cada parte do corpo, possivelmente em busca de aprovação à sua resposta.

Por fim, em relação ao desenho do corpo constata-se a realização de um desenho pobre, com ausência de detalhes anatómicos (e.g. pés, orelhas) e falta de diferenciação de segmentos corporais (e.g. dedos das mãos, pescoço-tronco), tal como é possível ver na Ilustração 5. Ainda neste desenho verifica-se apenas o uso da cor vermelha, uma boca que pode remeter para um fâcies contido e zangado, e uma postura também representativa de um corpo contido, rígido e em tensão.



Ilustração 5. Desenho do Corpo do NR

Considera-se que as manifestações emocionais (risos, choro apelativo, sinais de aborrecimento) expressas pela criança poderão ter condicionado a sua prestação em alguns itens da BPM. Ainda assim, a criança revela postura eutónica, adequado controlo e consciência dos estados tónicos, boa coordenação motora global e agilidade, capacidade de planeamento motor e controlo visuomotor, e lateralização definida (DDDD).

Na avaliação inicial foram recolhidas informações a partir da observação psicomotora, monitorizada e organizada segundo a GOC, relativa às primeiras três sessões realizadas com o NR. Os dados qualitativos desta observação serão apresentados em duas tabelas que se encontram no subcapítulo III.4.1.6., que comparam os dados da avaliação inicial e final, de modo a facilitar ao leitor a compreensão dos progressos da criança após intervenção.

Nesta primeira fase de avaliação, a criança revelou uma atitude sedutora e empática, com capacidades de comunicação e compreensão, embora se verificasse indisponível para expressar sentimentos ou emoções. O NR demonstra uma postura cooperante, mas facilmente fica frustrado e inicia comportamentos de oposição. Nesta fase inicial verificou-se uma transferência de atividades de uma sessão para a outra, o que pode indicar a necessidade de previsibilidade e segurança sobre o que iria ser realizado na sessão. Quanto ao material mais utilizado pela criança no jogo espontâneo, nomeiam-se os bastões, bolas de grandes dimensões e bolas de peso (pedidas pelo NR no momento final de relaxação e que podem sugerir a necessidade de contenção da criança, considerando que o peso proporciona uma maior sensação de segurança).

4.1.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Considerando todas as informações acerca do NR (história pessoal e clínica, resultados da avaliação inicial e da observação psicomotora) foram sintetizadas

aquelas que têm maior relevância para estruturar o projeto terapêutico da criança. Assim, como elementos critério do estudo caso do NR destacam-se como fatores de risco: os problemas ao nível da regulação emocional e do comportamento, dificuldades no relacionamento interpessoal, a heteroagressividade com pares e adultos, a atitude de oposição, manipulação e vitimização, a indisponibilidade afetiva para se ligar ao Outro, a angústia em relação à permanência na instituição e sentimento de abandono, e perda do interesse escolar. Referenciam-se também os fatores de proteção: competências cognitivas e boa capacidade de aprendizagem, e o ambiente mais estruturado da instituição em relação ao ambiente familiar.

Tal como referido no capítulo II.3.1.1., as causas perinatais, os fatores psicossociais e a interação gene-ambiente são consideradas na compreensão dos sintomas da PHDA de forma integrada (Rodrigues & Antunes, 2014; Kendall, 2000; APA, 2013). Deste modo, como hipóteses explicativas da expressão comportamental do NR consideraram-se: fatores genéticos, a toxicodependência materna durante a gestação, défices ao nível da vinculação e fatores envolvimentoais.

Diversos autores citados nesse mesmo capítulo consideram a existência de vulnerabilidade genética na PHDA, tais como Barkley (1998), APA (2013), Kendall (2000) e Rodrigues & Antunes (2014). Para além destes, Berger (2001) refere que a hipótese genética é frequentemente colocada, e é aqui exposta devido à descrição da mãe do NR como sendo muito agitada enquanto criança.

O consumo de drogas ilícitas durante a gravidez conduz a prejuízos a nível fisiológico e psicossocial da criança. Especificamente no caso do consumo de opiáceos (e.g. heroína) estudos relatam que as principais consequências são o baixo peso à nascença, alterações morfológicas fetais e, uma vez que a substância atravessa a barreira placentária, o bebé pode nascer com síndrome de privação neonatal (Barbosa, Miranda, Nunes, Schutte, Santos, & Monteiro, 2011; Muchata & Martins, 2010), tal como aconteceu com o NR. Crianças expostas a opiáceos durante a gestação revelam uma redução dos gânglios da base e do ventrículo lateral inferior, associado à redução de estruturas como o hipocampo e a amígdala que, por sua vez, estão envolvidas na hiperatividade e défice de atenção (Barbosa, Miranda, Nunes, Schutte, Santos, & Monteiro, 2011).

Segundo Muchata & Martins (2010), em crianças cujos pais são toxicodependentes predominam interações de má qualidade e fragilidade na sua organização psíquica com consequente vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologia. Assim, revelam maior probabilidade de desenvolver patologia como perturbação da personalidade antissocial e alterações do comportamento (comportamento agressivo, impulsivo, de oposição e desafio).

Ao nível da vinculação, Braconnier (2007) afirma que esta oferece ao bebé uma progressiva autonomia, capacidade de autorregulação e de mentalização, ou seja, competência para perceber, interpretar e compreender os seus estados psíquicos e os do outro, para posteriormente gerir relações interpessoais e os conflitos emocionais que possam advir dessas relações. Assim, a qualidade dos cuidados parentais nos primeiros anos de vida é fundamental no delinear de trajetórias de desenvolvimento da criança. Crianças com vinculação insegura tendem a apresentar maior risco de um funcionamento problemático ao nível da regulação emocional e do desenvolvimento socioemocional, como na relação com pares (e.g. relações conflituosas ou de dependência, vitimização, hostilidade), e na construção do Self (e.g. alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomas de ansiedade e depressão, isolamento) (Pinhel, Torres, & Maia, 2009). Um estudo realizado por Pinhel, Torres, & Maia (2009), corrobora que quanto maior é a insegurança/incoerências das representações de vinculação mais frequente é a presença de comportamentos agressivos. Berger (2001) sugere também que défices na relação com o objeto primário, que se traduzem numa inadequação da relação mãe-bebé no período pré-verbal, podem estar na base da instabilidade psicomotora.

Ao mesmo tempo, é de realçar o impacto dos fatores envolvimentoais no desenvolvimento da sintomatologia do NR. O ambiente familiar, anterior à institucionalização da criança, era destruturado, não securizante e marcado por figuras intrusivas, violentas e ameaçadoras. Ao encontro desta realidade, Gobbi (1997) refere que as relações familiares e estilos parentais marcados pela instabilidade, inconsistência, ansiedade e interações negativas e conflituosas, são fatores que podem explicar a origem da instabilidade, pois influenciam a forma como a criança define e integra os seus limites e sentimentos, distinguindo-os dos outros.

4.1.4. Perfil Intraindividual e Objetivos terapêuticos

De acordo com os dados anteriormente descritos foi delineado o perfil intraindividual do NR que se apresenta na tabela 13 e os respetivos objetivos terapêuticos estabelecidos tendo em conta o período de intervenção, na tabela 14.

Tabela 13. Perfil Intraindividual do utente NR

	Áreas Fortes	Áreas fracas
Domínio Psicomotor	Coordenação motora global	Impulsividade na ação
	Consciência e controlo tónico	Agitação psicomotora
	Planeamento e controlo motor	Equilibração* Praxia Fina*
Domínio Cognitivo	Comunicação verbal	Atenção**

Domínio Socioemocional	Capacidade de aprendizagem	
	Memória a curto e longo prazo	
	Iniciativa	Insegurança afetiva
	Participação espontânea	Tolerância à frustração
	Interação	Competências sociais
	Motivação e interesse	Autorregulação emocional (controlo de impulsos agressivos)

*Com manifestações emocionais que podem ter comprometido a realização das tarefas.

** Informação recolhida pelos vários contextos da criança; nas sessões de psicomotricidade mantém atenção quando motivado para a atividade.

Tabela 14. Objetivos gerais e específicos do utente NR

Domínio Psicomotor	
Objetivos gerais	Objetivos Específicos
Promover a intencionalidade da ação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar capacidade de planeamento e organização da ação ▪ Diminuir impulsividade da ação ▪ Direcionar a agitação para um fim/objetivo ▪ Aumentar responsabilidade na ação
Diminuir agitação psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o estabelecimento de limites corporais ▪ Aumentar segurança gravitacional
Desenvolver agentividade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhar capacidade de agir intencional e conscientemente ▪ Melhorar capacidade de ser agido pelo outro
Domínio Cognitivo	
Melhorar a atenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar períodos de atenção sustentada na tarefa
Domínio Socioemocional	
Desenvolver mecanismos de autocontrolo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir comportamentos agressivos (verbais e agidos) ▪ Diminuir comportamentos impulsivos
Desenvolver tolerância à frustração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistir na tarefa perante o fracasso ▪ Permanecer em jogo até ao fim
Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar aceitabilidade de sugestões no jogo ▪ Aumentar capacidade de diálogo

4.1.5. Projeto Terapêutico

De acordo com a história do NR e as suas características individuais, considerou-se fundamental que a terapia psicomotora se focasse no estabelecimento da relação terapêutica, baseada na confiança, segurança, consistência e permanência (contrariando as relações inconstantes que fizeram parte da vida da criança). Ao mesmo tempo, refletiu-se acerca da necessidade de proporcionar um sentimento de controlo e previsibilidade à criança, no sentido de favorecer a sua expressão espontânea. Segundo Martins & Rosa (2005), quando se verifica a existência de carências nas interações precoces, a psicomotricidade privilegia um diálogo tonicoemocional que possibilite à criança reestruturar a afirmação da sua identidade e favorecer a comunicação e exteriorização tonicoemocional das problemáticas.

Inicialmente, o NR revelou-se colaborante e motivado, e recordava pormenores acerca da terapeuta que o acompanhou durante as escassas sessões de psicomotricidade em 2011. Porém, o facto de se lembrar desses detalhes e de querer repetir as atividades que fizera, pode evidenciar um apego destruturado e justificar a atitude de zanga contida nas primeiras sessões com a estagiária por não ser a mesma pessoa com quem esteve anteriormente. A intervenção com o NR teve uma incidência relacional que se constituiu em cinco momentos essenciais que serão apresentadas de seguida.

A primeira fase de intervenção foi de expressão da agitação e libertação de energia, na qual se verificou a realização de jogo espontâneo. Neste período, as atividades demonstraram a capacidade da criança encontrar estratégias e a sua criatividade, ao mesmo tempo que se destacaram expressões e verbalizações de sobrevalorização e relação de competição com a estagiária, no contexto de jogo. Tal como Costa (2008) refere, crianças com hiperatividade procuram situações narcísicas de modo a assumir atitudes de onipotência, como defesa da sua consciência de inferioridade. Ainda neste momento é de realçar a pouca disponibilidade da criança para se pensar e se sentir, favorecendo maioritariamente o agir como forma de expressão.

Ao fim de quatro sessões dá-se o início de uma segunda fase da intervenção, na qual a criança evolui para um jogo com maior simbolismo “o jogo da guerra”. No início desta fase verifica-se uma atribuição de personagens com diferentes níveis de importância, ou seja o NR (o “general”) que tinha autoridade sobre a estagiária (o “soldado”), e o jogo era contextualizado no objetivo de treinarem competências para a guerra pois a criança afirma que é necessário “*estarmos sempre alerta e preparados para algo que possa acontecer*” (sic.), o que poderá sugerir a própria incerteza, inconstância e imprevisibilidade da vida e do percurso do NR. Durante esta fase, verificou-se um enriquecimento do conteúdo do jogo simbólico com a caracterização das personagens, atribuição de nomes às equipas, decisão sobre a nossa relação de cooperação (na mesma equipa) ou de competição (equipas diferentes), delimitação de territórios, etc. Aqui, foi dada maior responsabilização à criança sobre a tomada de decisão dentro do jogo, de modo a possibilitar o sentimento de controlo e de previsibilidade (e.g. a criança ia decidindo as movimentações do jogo mesmo perante sugestões da terapeuta: “*tu tentavas destruir o meu castelo mas não conseguias*”, “*tu continuavas a procurar-me mas não me consegues encontrar*” (sic.)). Ainda nesta etapa, é importante referir que em sessões em que o NR se encontrava mais triste pedia o uso das bolas pesadas nos momentos finais de relaxação, que como foi dito anteriormente pode sugerir uma maior necessidade de contenção.

A terceira fase surge após a interrupção do Natal, período em que o NR foi a casa dos avós pela primeira vez depois da institucionalização, em que a criança demonstrou comportamentos imaturos com maior agitação, instabilidade e desorganização nas sessões, criando situações regressivas no jogo simbólico. Primeiramente desenrolou-se um jogo representativo de luta pela sobrevivência, no qual tanto o NR como a estagiária tinham de competir por uma plataforma que os salvaria de um mar de tubarões. Por várias vezes, o NR “afoga-se” necessitando de ajuda para se salvar, o que pode pressupor a necessidade de ser contido e de ser cuidado pelo outro, mostrando uma relação ambivalente de cooperação e de competição com a estagiária. Posteriormente, mantendo os comportamentos e voz infantilizada, o NR aumenta a atribuição simbólica de personagens a materiais, nomeadamente a duas bolas vermelhas como se fossem um ente querido que não via há muito tempo, o que sugere uma projeção das suas próprias relações familiares. De acordo com Vecchiato (1989), a transferência simbólica que a criança atribui aos materiais e ao próprio terapeuta permitem a projeção da sua maneira de ser e agir, dos seus conflitos e desejos, que necessitam de ser revividos para uma posterior autonomização da criança. Também neste período iniciaram-se comportamentos de oposição e recusa em sair do ginásio no final das sessões de psicomotricidade, podendo evidenciar uma maior ligação afetiva ao espaço terapêutico, local onde é respeitado e aceite o espaço e ritmo intrapessoal da criança por parte do adulto.

Posteriormente surge aquela que é atribuída como a quarta fase da intervenção, na qual a criança inicia a construção de um abrigo, uma autocaravana caracterizada por si como “*a nossa casa*” (sic.), permanecendo a carga simbólica atribuída a materiais (essencialmente às duas bolas vermelhas, aqui designadas como a “bola mãe” – que estava ao cuidado da estagiária, e a “bola filha” – à responsabilidade do NR). A própria escolha do abrigo, uma autocaravana, sugere uma residência ambulante, inconstante e a não pertença a um local, que caracteriza o contexto da criança. Inicialmente a autocaravana era apenas local de realização de atividades rotineiras associadas às refeições e ao descansar, sendo descrita como “*aqui não acontece nada de mal; está sempre tudo tranquilo*” (sic.). O abrigo, representado num jogo pouco elaborado, tornava-se algo repetitivo pois era construído sempre da mesma forma, com todos os elementos que se tinham usado desde a primeira vez que fora construído: guiador, cozinha com utensílios básicos, e um quarto onde dormia a criança e a estagiária (possivelmente representando a sua vivência familiar quando dormia com a “avó”). A certa altura, e no decorrer das sessões, o NR decide “*hoje vamos mudar a casa, já não vou dormir no mesmo quarto que tu; quero o meu próprio quarto*” (sic.), o que pode identificar a sua necessidade de autonomização e diferenciação em relação a um adulto inconsistente e instável (a “avó”).

Ao longo das sessões, notou-se um aumento da riqueza do conteúdo simbólico da autocaravana, em que o NR é o filho mais novo, e a estagiária alterna entre a personagem da irmã e da mãe da criança. Quando no papel de cuidadora do NR, é atribuída à estagiária uma personagem imprevisível e inconstante no contacto com a criança, alternando entre momentos de a cuidar e salvar com momentos de impossibilidade de a conseguir ajudar. Isto é, muitas vezes a ação começava dentro da autocaravana e desenvolvia-se no sentido de uma situação de perigo, o que conduziu a que o NR aumentasse a capacidade de expressar os seus medos e angústias projetadas no contexto de jogo. Perante estas situações, a estagiária tinha o papel de o salvar, contudo nem sempre era possível pois a criança referia *“agora não me vais conseguir encontrar a tempo e vais ficar muito triste”* (sic.), sugerindo possivelmente uma necessidade inconsciente do NR responsabilizar o outro por não o ter salvado ou de sentir a preocupação que o outro tem por si. Esta fase vai ao encontro do que é referido por Vecchiato (1989), na medida em que o jogo simbólico favorece o estabelecimento de uma relação de dualidade entre a criança e o terapeuta, por um lado que a contenha e lhe ofereça segurança, por outro lado que lhe garanta a expressão desses conflitos internos, facilitando o surgimento e evolução das problemáticas de ordem afetiva associados às relações precoces.

De referir ainda que neste quarto momento da intervenção, se verificou uma mudança do cumprimento inicial que a estagiária faz com cada criança a pedido do NR. Ou seja, até esta fase, o cumprimento que realizavam era aquele que estava anteriormente combinado com a terapeuta que o tinha acompanhado. Sugere-se que, neste período onde se notou uma maior ligação afetiva na relação com a estagiária e com o espaço terapêutico, que permite a expressão das suas angústias e medos sem que tal seja sentido como julgador ou ameaçador, surge a necessidade de se estabelecer um novo cumprimento que defina a relação estabelecida.

Por fim, considerou-se como quinto e último momento do processo terapêutico a fase em que existe uma alternância entre o jogo simbólico da autocaravana e o jogo de carácter funcional, no qual se procedeu à construção de um campo, com os respetivos limites, sistema de pontuação e de regras, variantes do jogo, etc. Por vezes a sessão iniciava-se com a construção do abrigo e desenvolvia-se na realização de um jogo de regras, ou vice-versa. Quando em situações de jogo simbólico, o NR atribuiu à estagiária um papel de cuidadora, porém evidenciava sentimentos de raiva e zanga na relação com a personagem. Esta alternância entre um jogo simbólico de conteúdo regressivo e um jogo de regras pode sugerir uma maior reestruturação das experiências conflituais do passado da criança, que permitiram uma maior organização do seu funcionamento psíquico (Almeida, 2005). Por outro lado, esta alternância pode estar também associada a uma aproximação do fim do estágio curricular que, apesar

do NR ter tido conhecimento desde o início da efemeridade desta relação, pode ter sido entendido como uma nova mudança na sua vida.

Nas últimas sessões, a criança demonstrou uma postura mais desinibida e com conteúdo simbólico mais superficial e desorganizado. Tal situação é coincidente com uma fase mais instável na instituição com permanências de comportamentos de oposição e recusa escolar, evidenciando desinteresse académico. Encontram-se em anexo exemplos dos relatórios de sessões de psicomotricidade com o NR (consultar anexo 18).

4.1.6. Avaliação Final

Visto que a avaliação da criança foi realizada qualitativamente, segue-se uma análise acerca da evolução terapêutica do NR atendendo aos resultados obtidos pela GOC que permitiu orientar a observação. Na avaliação final, realizada com base nas duas últimas sessões de psicomotricidade, o NR manteve-se participativo e envolvido no jogo. Quanto ao tipo de jogo, e tal como foi descrito anteriormente, a última fase de intervenção foi marcada por uma alternância entre jogo simbólico e jogo funcional. No que respeita ao tipo de materiais utilizados verificou-se uma predominância no uso do sofá grande, dos colchões (materiais com maior simbolismo associado à contenção) e das bolas.

Os dados retirados a partir da GOC inicial e final serão dispostos em paralelo nos seguintes gráficos. Tais resultados foram organizados de forma quantitativa de modo a facilitar a sua leitura (1- nunca, 2- poucas vezes, 3- muitas vezes, 4- sempre/quase sempre).

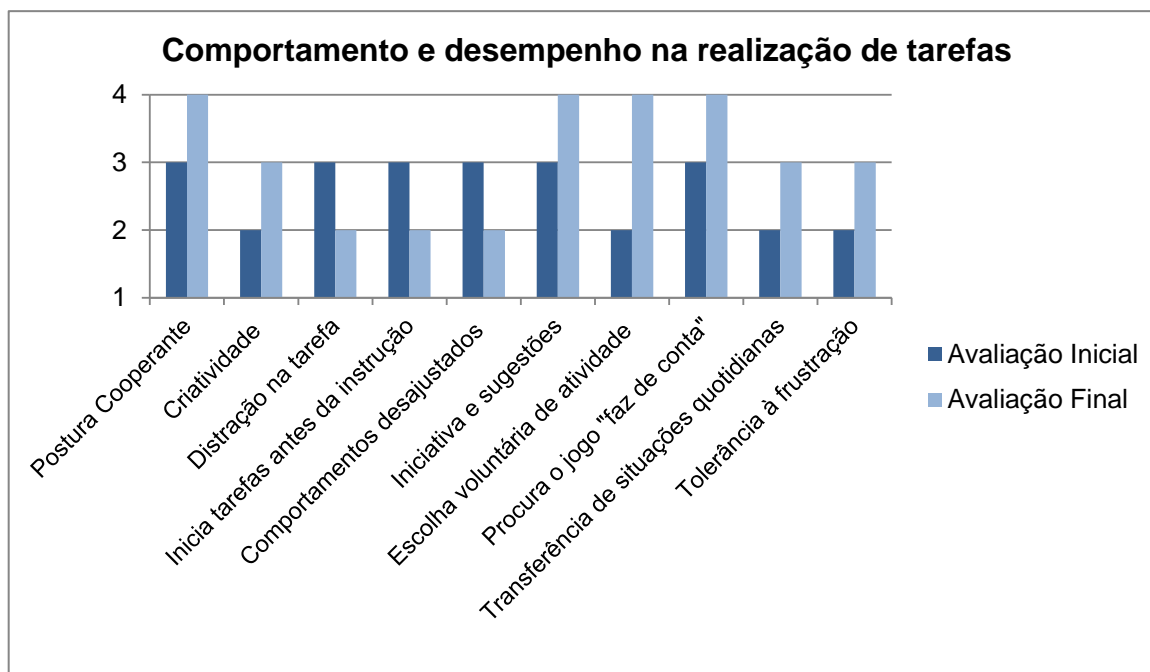


Gráfico 1. Resultados comparativos da GOC inicial e final (1)

No gráfico 1, respeitante aos resultados comparativos entre a avaliação inicial e final ao nível comportamento e desempenho da criança na realização de tarefas, verifica-se uma postura mais cooperante e o aumento da criatividade que pode estar associado à tipologia de jogo e à ação que ia sendo desenvolvida ao longo das sessões, que ia ao encontro das sugestões e orientações da própria criança. Em comparação com a avaliação inicial, no que respeita à atenção na tarefa, constatou-se uma melhoria mas que pode ser também condicionada pelo tipo de jogo. Isto é, como o jogo teve um carácter não diretivo por parte da estagiária, sendo organizado de acordo com as motivações do NR, a sua própria disponibilidade para a tarefa aumenta, logo o nível de atenção aumenta. Constata-se também uma diminuição da impulsividade, expressa pelo início das tarefas antes de terminada a instrução.

Realça-se a maior tomada de iniciativa e sugestibilidade da criança dentro do jogo simbólico com maior enriquecimento do conteúdo da ação, bem como o aumento da escolha voluntária da atividade. Ainda relativamente a este gráfico, aumentou a procura pelo jogo faz-de-conta, i.e. o jogo simbólico, assim como a transferência de atividades e situações do quotidiano para este jogo, nomeadamente relativas às relações familiares e escolares. Através destas transferências inseridas no jogo simbólico, o NR aumentou a verbalização acerca situações de vida e, embora muito superficialmente, de sentimentos inerentes a tais situações. Por fim, verifica-se um aumento da tolerância à frustração que, neste processo com o NR foi observável pela sua capacidade de se manter na tarefa até ao fim.

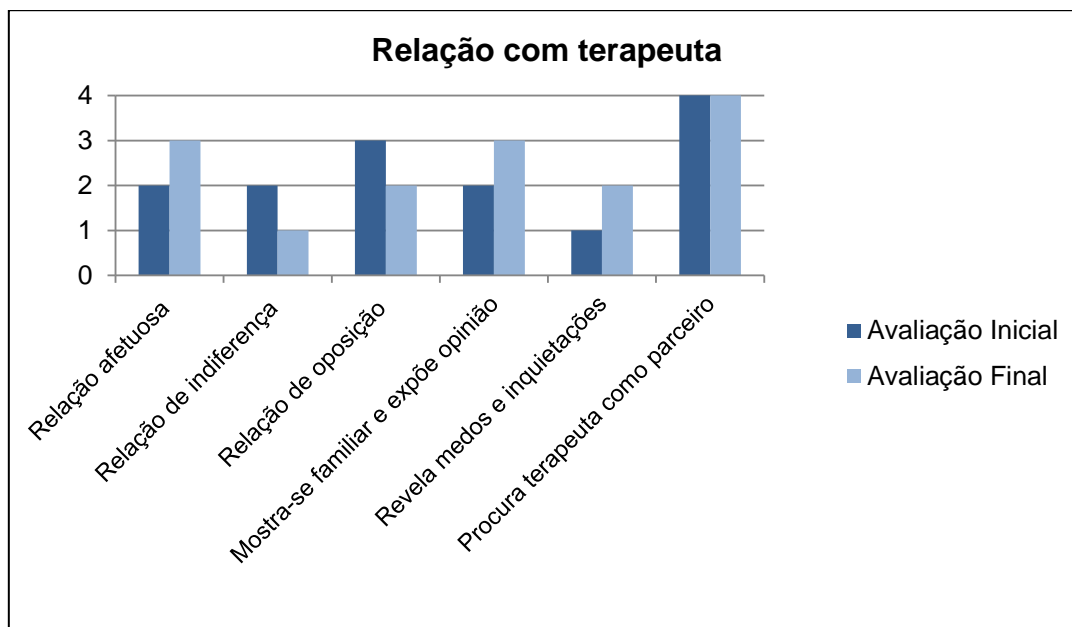


Gráfico 2. Resultados comparativos da GOC inicial e final (2)

Por sua vez, no gráfico 2, respeitante à relação da criança com a estagiária, verificou-se uma atitude relacional mais afetuosa, menos indiferente e de oposição. Possivelmente devido à cumplicidade criada e ao sentimento de que o espaço terapêutico é tido como um local seguro, contentor e possibilitador da expressão corporal, verificou-se uma melhoria ao nível da manifestação dos medos e inquietações. O NR ao longo de todo o processo procurou a estagiária como parceira de jogo, fosse ele funcional ou simbólico.

Para além da informação relativa à GOC considera-se que o NR melhorou a intencionalidade de ação, pois aumentou a capacidade de planeamento e organização da ação, a responsabilidade sobre essa ação e a orientação da sua agitação para um fim/objetivo. Primeiro porque tendo o controlo sobre as variáveis do jogo simbólico, é permitido que a criança planeie e crie o cenário do jogo, que seja responsável pelos momentos de atividade ou passividade, grau de participação do terapeuta, etc.

Por outro lado, considera-se que a relação terapêutica estabelecida com base na confiança, segurança, consistência e permanência, a par da possibilidade que foi dada à criança de existirem momentos que conduzissem a um sentimento de ter o controlo, permitiu desenvolver a agentividade, melhorando a capacidade de ser agido pelo outro e a capacidade de agir intencionalmente. Também a partir dessa relação estabelecida, constata-se um aumento da segurança interpessoal, maior aceitabilidade de sugestões da estagiária no jogo e maior capacidade de diálogo.

De destacar que não é apresentado um desenho do corpo relativo à avaliação final pois não foi possível esta realização que sirva de comparação entre o período pré e pós intervenção.

4.1.7. *Apreciação global*

Atendendo ao contexto da criança, e perante a impossibilidade de atuar na escola e na instituição onde vive, apenas foi possível controlar e gerir os comportamentos e aspetos que decorrem nas sessões de psicomotricidade. Deste modo, a participação, envolvimento e evolução da criança pode ter sido condicionada por todo o contexto onde esteve e está inserida.

Relativamente à evolução do jogo do NR o longo da intervenção verifica-se a passagem de um jogo de luta, onde se posicionava como superior à estagiária e projetava as suas vivências (primeiro a relação era de cooperação e depois de competição), para um jogo simbólico de conteúdo regressivo, com a construção de um refúgio, em que a estagiária alterna entre personagens cuidadoras e capazes de cuidar da criança (e.g. irmã e mãe).

Para além desta alternância de papéis é importante salientar que o NR solicita algumas verbalizações da estagiária, nomeadamente os elogios por parte da mãe e a necessidade de ele a agradar como se isso fosse determinante para ela se manter presente na vida da criança. Perante estas situações, pode refletir-se acerca da necessidade da criança reviver estas situações mais elementares da relação dual com a mãe e/ou irmão, o que se pode atribuir à fraca estruturação destas relações na sua infância, tendo em consideração que este jogo foi introduzido por si após ter passado dois dias na casa dos avós no Natal.

O processo de intervenção com o NR foi algo inconstante devido à sua impermeabilidade na expressão dos afetos e indisponibilidade afetiva para se ligar ao outro. A par destas dificuldades, o processo de institucionalização foi também marcado pela insegurança pois não foi bem explícito para a criança que a sua passagem na instituição seria definitiva, e não apenas temporária como o NR esperava. Deste modo, as relações precoces pouco consistentes, o contacto pouco frequente com os familiares, o facto de o irmão continuar entregue aos avós e o NR ter sido institucionalizado, a sensação de rejeição e a angústia relativa à permanência na instituição conduz a maior desorganização, insegurança e destruturação psíquica da criança. Consequentemente sugere-se que os comportamentos agressivos e atitudes de oposição, vitimização e manipulação do NR podem significar uma defesa inconsciente à ligação afetiva com o outro, que mais uma vez pode conduzir a uma situação de rejeição e abandono, e à afirmação da identidade, que remete para uma questão narcísica que compense a sua inferioridade e destruturação socioemocional (Costa, 2008).

4.2. Estudo de Caso II

Tabela 15. Identificação da utente MO

Identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	18/06/1949 (66 anos)
Habilitações Literárias	Antigo 5º Ano (equivalente ao atual 9º Ano)
Profissão	Reformada da função pública
Diagnóstico	Perturbação Depressiva e Ansiedade
Motivo de encaminhamento para a PM	Sintomas de ansiedade e humor deprimido
Data de início do acompanhamento em PM	14/11/2014*
Nº de sessões de PM planeadas	19 Sessões (frequência semanal)
Nº de sessões de PM realizadas	19 Sessões

*A intervenção psicomotora iniciou-se a 22/12/2014.

4.2.1. História Pessoal e Clínica

A MO iniciou o acompanhamento na consulta de psiquiatria do HFF em Agosto de 2014, sendo referenciada para o Espaço@com em Novembro do mesmo ano com consultas regulares de Terapia Psicomotora e Terapia Ocupacional, a par de terapia medicamentosa.

A utente vive com o seu companheiro e tem uma filha com cerca de 30 anos, que é casada e tem duas crianças com dois anos de idade. A MO foi abandonada pelos pais em bebé ficando ao cuidado de uns tios, contudo aos três anos de idade esses tios divorciaram-se e colocaram-na numa instituição onde permaneceu até atingir a maioridade. Ao longo da sua vida adulta teve apenas um emprego na segurança social onde afirma *“acomodei-me àquele trabalho apesar de não gostar; gostava de ter sido professora de artes e ainda cheguei a fazer um telecurso mas nunca lecionei” (sic.)*, e apesar de permanecer neste local de trabalho até à reforma, menciona que foi evoluindo de cargos de responsabilidade. Quando à vida familiar, a utente revela ter tido outros relacionamentos antes de se casar com o atual companheiro, homem que aparenta algum distanciamento afetivo da mulher. Em relação à sua filha, a utente refere que não foi planeada mas foi desejada, e é uma mulher que aparenta ter uma postura sobreprotetora e um pouco controladora em relação à mãe. Devido às profissões da filha e do genro, caracterizadas pela falta de rotina e horários inconstantes, as netas ficam muitas vezes ao encargo da MO e da avó paterna. Relativamente a si própria a utente afirma *“sempre fui muito metódica” (sic.)*, o que pode ser uma informação relevante para compreender o perfil de funcionamento da utente.

Os sintomas da MO surgiram há cerca de um ano e a utente identifica o aparecimento dos sintomas aquando as netas completaram um ano de idade e começaram a andar e a ser mais agitadas e irrequietas. Esta associação sugere que até ao primeiro ano de idade os cuidados a uma criança são muito funcionais e metódicos, indo ao encontro daquele que parece ser o perfil da utente e, portanto, até essa altura a MO sentia-se capaz de cuidar das netas. Porém, à medida que elas crescem e exigem mais competências ao nível da relação, surgem os sintomas inerentes a uma perturbação depressiva e ansiedade, impossibilitando a utente de ficar sozinha com as netas e de responder às suas necessidades.

A utente aparenta um funcionamento racionalizado, sugerindo pelo seu discurso que poderá ter investido muito na vida profissional, e evidencia pouca ressonância afetiva, pelo que imprime pouca emotividade quer na relação com o outro, quer quando fala sobre si ou sobre a sua família (e.g. refere-se ao companheiro como *“o pai da minha filha”*, *“o avô das meninas” (sic.)*). Atualmente encontra-se reformada, após pedido de

reforma antecipada aos 58 anos, e afirma que até as netas terem dois anos conseguia fazer tudo o que sempre fez, nomeadamente nas idas domésticas, encontrar-se frequentemente com amigas antigas, e ajudar a filha em tudo o que era necessário. Deste modo, não identifica a entrada na reforma como um fator gerador de *stress* por ter perdido a rotina inerente ao local de trabalho.

4.2.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial da MO foi realizada recorrendo à BPM, à SCL-90-R, à Ficha do Esquema de Tensões e a informações retiradas a partir da GOC.

▪ Bateria Psicomotora:

A BPM não foi aplicada na íntegra, tendo sido selecionados apenas alguns itens considerados relevantes para compreender o perfil psicomotor da utente. Deste modo, foram escolhidos itens relativos à tonicidade, equilíbrio e noção do corpo, e os resultados serão descritos e apresentados em termos qualitativos.

A MO revela a presença de paratonias, rigidez muscular e resistência ao abandono dos membros superiores. Para além da elevada dificuldade na descontração voluntária e presença de contrações proximais e distais, a utente manifesta baixa perceção dos estados tónicos, reduzido controlo tónico e movimentos rígidos e hipercontrolados. A incapacidade de aceder à passividade pode constituir uma defesa contra a angústia psíquica e contra a vulnerabilidade, pois o abandono da rigidez e da hipertonia pode ser sentido como ameaçadora e insegurizante (Martins, 2001b).

A utente mantém o equilíbrio sem oscilações evidentes à custa de elevada rigidez corporal e hipercontrolo visível pela contenção respiratória e hiperextensão dos braços e mãos junto ao corpo. Na avaliação inicial a MO mantém os olhos abertos, o que pressupõe que ainda não permitia a vulnerabilidade de perder o contacto visual com a estagiária e com o espaço terapêutico, ainda não sentido como um local seguro e previsível para si.

Relativamente ao desenho do corpo, a utente recusou em realizar a tarefa na primeira sessão, demonstrando tremores e sinais de maior agitação. Por essa razão, optou-se por proceder ao desenho do corpo ao fim de quatro sessões, momento em que a utente estava mais familiarizada com a estagiária e com aquele espaço. Como é possível verificar na ilustração 6, o desenho é pobre em detalhes anatómicos, não apresenta limite entre as pernas e os pés, e entre o pescoço e o tronco, os ombros apresentam-se assimétricos e não existe diferenciação dos dedos das mãos. Durante a realização do



Ilustração 6. Desenho do Corpo da MO (avaliação inicial)

desenho a MO procedeu a várias correções no tronco e no braço esquerdo, evidenciando sinais de ansiedade por não ter conseguido desenhar os braços simétricos como gostaria, o que pode sugerir ansiedade de desempenho.

Em síntese, a MO revela um perfil hipertónico, expresso por uma postura rígida e defensiva, com dificuldade de aceder à passividade, reduzida permeabilidade ao toque e dificuldade em fechar os olhos quando solicitado, mantendo-os sempre abertos na realização de atividades. A utente revela também uma lentificação psicomotora que, segundo Bennabi, Vandell, Papaxanthis, Pozzo, & Haffen (2013) e Kaletsch, et al. (2014), tem prejuízos ao nível do discurso, da expressividade facial e corporal, das praxias global e fina e da formulação de ideias, e provoca diminuição da rapidez de pensamento e dos movimentos corporais (APA, 2013).

▪ SCL-90-R:

Durante o preenchimento do questionário a utente revelou uma postura inibida e evitante, desconforto perante algumas questões e respostas concisas. Tal como se pode verificar na ilustração ao lado, os resultados da SCL-90-R apontam para a presença significativa de sintomas obsessivo-compulsivos, ansiedade, fobia e itens adicionais; e ainda sintomas de depressão, somatização e sensibilidade interpessoal.

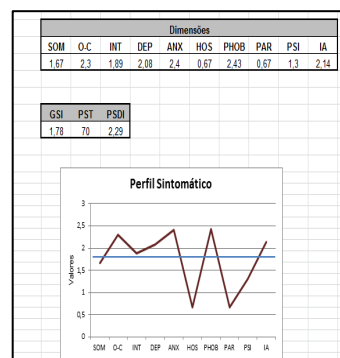


Ilustração 7. Resultados da SCL-90-R da MO (avaliação inicial)

▪ Ficha do Esquema de Tensões:

A utente revelou elevada dificuldade em realizar a tarefa, evidenciando hesitações e sinais de ansiedade com aumento do ritmo respiratório e dos tremores. Ao fim de algum tempo, identificou com cor vermelha a zona do peito, afirmando que onde sentia mais tensão era no coração, o que sugere a existência de angústias respiratórias. Apesar de ter sido identificado somente a zona de maior tensão, é importante que a intervenção foque as zonas não identificadas, de modo a aumentar a consciencialização dos estados tónicos.

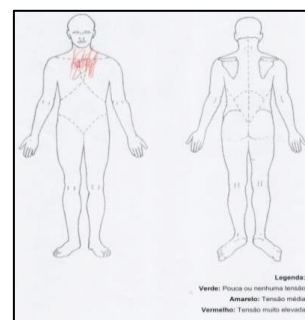


Ilustração 8. Ficha do Esquema de Tensões da MO (avaliação inicial)

▪ Informações retiradas a partir da GOC:

A MO tem uma aparência cuidada, com roupa adequada e limpa, revelando investimento ao nível da sua imagem. Revela um fâcies inexpressivo, uma postura passivo-agressiva, inibida e defensiva, e manifesta evitamento do contacto ocular com a estagiária nas primeiras sessões (correspondentes à avaliação inicial). Durante a

maior parte da sessão, a utente manifesta tremores generalizados em todo o corpo, associados a uma ansiedade marcada.

A utente evidencia pouca emotividade na relação com a estagiária e revela dificuldade em pensar sobre o seu corpo, dando a sensação, muitas vezes, que nunca tinha pensado em questões que foram sendo levantadas ou induzidas. Ao mesmo tempo denota-se que a MO tem um pensamento muito concreto e pouco simbólico, não se permitindo sentir ou pensar acerca das atividades que são realizadas, e manifesta pouca disponibilidade para o diálogo e verbalização de sentimentos ou emoções.

4.2.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Considerando as informações acerca da MO foram estabelecidos os seguintes elementos critério: perfil hipertónico; rosto inexpressivo e inibição psicomotora; apatia, anedonia e alexitimia; embotamento afetivo; postura dependente e defensiva; atitude passivo-agressiva e projetiva; pensamento operatório e funcionamento metódico; baixo insight e dificuldades na mentalização; elevada racionalização com inibição do sentir das próprias emoções e desinvestimento da autoconsciência; *locus* de controlo externo; foco nos problemas da filha e sentimento de culpa inerente à sua impossibilidade de a ajudar com as bebés; isolamento social e ausência de interesses, objetivos ou motivações; baixa autoestima e autoconceito, com atitude negativa em relação à sua eficácia na realização das atividades. A idade da utente pode funcionar como um fator de risco no desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade.

Perante o seu perfil psicomotor e todas as informações relevantes já descritas, sugere-se uma associação entre o corpo defensivo que a MO apresenta e a sua história pessoal, que poderá ter contribuído para este perfil hipertónico, somatizador e alexitimico. Posto isto, colocam-se as seguintes hipóteses explicativas do quadro sintomatológico da utente: défices ao nível da vinculação agravados pela institucionalização precoce e o tipo de personalidade.

No que respeita aos défices ao nível da vinculação, sabe-se que os estilos de vinculação insegura podem estar associados a dificuldades na regulação emocional e ao uso de estratégias de regulação emocional menos eficazes, associadas ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade (Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013). Os mesmos autores indicam quatro tipos de vinculação no adulto e, de acordo com os resultados do seu estudo, o tipo *fearful avoidant* é aquele que apresenta níveis mais elevados de ansiedade, depressão e evitamento, conduzindo a que o indivíduo tenha uma visão mais negativa de si e dos outros e uma menor regulação emocional.

Para além da hipótese do défice ao nível do tipo de vinculação, considera-se ainda o agravamento que poderá ter sido causado pela institucionalização precoce e até à vida adulta da MO. De acordo com o estudo de Pinhel, Torres, & Maia (2009) crianças institucionalizadas tendem a ter menor segurança e coerência dos modelos internos de vinculação do que crianças em meio familiar. Os autores referem que estas crianças manifestam mais representações mentais negativas, nas quais os adultos cuidadores surgem como indisponíveis, rejeitantes ou abusadores, o que promove na criança o desenvolvimento de um Self desvalorizado, consolidado em frágeis alicerces. Em comparação com crianças em meio familiar, as crianças institucionalizadas demonstram ainda menos capacidades de resiliência, mais comportamentos de isolamento e desenvolvimento de frágeis relações interpessoais. Tais resultados irão, naturalmente, ter repercussões futuras ao longo da vida, ao nível da estruturação da personalidade e no desenvolvimento emocional.

Por seu turno, o tipo de personalidade pode condicionar a predisposição do indivíduo a desenvolver uma perturbação depressiva (Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015). A intensidade e gravidade da sintomatologia depressiva podem estar dependentes da dificuldade do sujeito em utilizar estratégias de regulação emocional adaptativas a eventos geradores de *stress*. Deste modo, altos níveis de neuroticismo associam-se a maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013). Ao nível da capacidade de regulação emocional, estratégias como a ruminação e a repressão do pensamento e da expressividade demonstram elevada ligação com os efeitos de neuroticismo e, conseqüentemente, ao aumento de sintomatologia depressiva, na medida em que a inibição da expressão emocional conduz à menor experiencição de emoções positivas (Yoon, Maltby, & Joormann, 2013; Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013).

Por outro lado, elevados níveis de hostilidade estão associados a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos, e especificamente no caso da MO, podem ser explicados pela maior frequência de conflitos interpessoais, pelo reduzido apoio social e eventos de vida *stressantes* (Airagnes, Lemogne, Consoli, Schuster, Zins, & Limosin, 2015). Os autores referem ainda que após a reforma, pessoas com este tipo de personalidade são mais propensas a sintomas depressivos pois perdem os objetivos e estilo de vida excessivamente focados no trabalho, o que também pode explicar os sintomas da utente.

Finalmente, indivíduos como a MO que apresentam um *locus* de controlo externo têm maior predisposição para desenvolver sintomatologia depressiva, na medida em que é um estilo de pensamento negativo cujo sujeito sente que o controlo da sua vida está

dependente de fatores externos, e não de si próprio (Y.Struijs, Groenewold, Voshaar, & Jonge, 2013).

4.2.4. Perfil Intraindividual e Objetivos Terapêuticos

De acordo com os dados anteriormente descritos foi delineado o perfil intraindividual da MO que se apresenta na tabela 16, e os objetivos terapêuticos que se encontram na tabela 17.

Tabela 16. Perfil Intraindividual da utente MO

	Áreas Fortes	Áreas fracas
Domínio Psicomotor	Noção de ritmo	Controlo e regulação tónica
		Inibição psicomotora
		Controlo respiratório
		Noção do corpo
		Expressividade e espontaneidade
Domínio Cognitivo	Compreensão de instruções simples	Atenção
		Memorização
		<i>Insight</i>
		Mentalização
Domínio Socioemocional	Participação	Sintomas de ansiedade
	Colaboração	Sintomas depressivos
		<i>Locus</i> de controlo externo
		Distanciamento afetivo
		Iniciativa, interesses e motivação
		Autoestima

Tabela 17. Objetivos gerais e específicos da utente MO

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Diminuir inibição psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a expressividade corporal ▪ Melhorar consciência do corpo em ação
Promover consciencialização de estados tónicos e modulação tónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar e reconhecer estados tónicos ▪ Aumentar consciência das sensações proprioceptivas ▪ Aceder à passividade sem apresentar paratonias ▪ Aumentar regulação e controlo dos estados tónicos
Desenvolver a noção de corpo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar somatognosia ▪ Melhorar capacidade de imitação de gestos e de sequência de gestos/movimentos de forma coordenada ▪ Aumentar capacidade representativa do corpo, de gestos e movimento
Domínio Cognitivo	
Desenvolver capacidades cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a capacidade de atenção e concentração ▪ Melhorar as capacidades de memorização
Domínio Socioemocional	
Diminuir sintomas depressivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhar consciência corporal ▪ Promover confiança na própria gestualidade e corporeidade

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a modulação afetiva
Diminuir sintomas de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar capacidade autoconcentrativa ▪ Diminuir hipervigilância ▪ Diminuir hipercontrolo respiratório
Promover autoestima e autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar valorização pessoal ▪ Fomentar <i>locus</i> de controlo interno ▪ Aumentar verbalização de sentimentos, emoções, fatos do quotidiano.

4.2.5. Projeto Terapêutico

Inicialmente a MO demonstrava uma atitude de desvalorização sobre os efeitos da terapia, com sinais de desinteresse e indiferença relativamente ao espaço e relação terapêutica. Apesar disso, a utente foi assídua à frequência semanal da terapia revelando progressivamente uma postura mais empática e disponível. Considera-se que a assiduidade pode estar inerente ao perfil metódico da utente.

Utentes defensivos e com elevada racionalização, como a MO, demonstram racionalidade do movimento que se traduz numa redução da expressividade e espontaneidade, bem como um aumento da necessidade de previsibilidade. Devido ao seu pensamento concreto, ao evitamento do contacto físico e ao desinvestimento da autoconsciência, considerou-se uma abordagem terapêutica que progredisse do concreto para o simbólico. Deste modo, pretendeu-se trabalhar os objetivos acima delineados a partir de atividades que promovessem uma relação mais precisa com os objetos, com as características espaciais e temporais do envolvimento.

Uma outra estratégia foi focar a intervenção em atividades de exigência cognitiva de modo a garantir maior autocontrolo na planificação e programação motora, maior segurança e previsibilidade, promovendo a reestruturação e consciencialização do esquema corporal (EC) ao descobrir o corpo do outro (tornar o EC materializável e concreto) e a reformulação da imagem corporal (IC) a partir da consciencialização do EC. Na intervenção considerou-se relevante a aplicação de métodos dinâmicos de relaxação, nomeadamente a alternância entre exercícios da relaxação ativa, do método sofrológico e da eutonia. A escolha deste tipo de métodos de relaxação deve-se ao facto de serem métodos que previnem o acesso imediato à passividade, não deixando a utente pensar na sua vulnerabilidade face ao outro, assim como oferecem maior controlo e segurança no próprio corpo para, posteriormente aumentar o *insight* da utente sobre o posicionamento do corpo no espaço e em relação com o outro.

Na primeira fase da intervenção os principais objetivos foram a adesão terapêutica da utente, aumentar a capacidade autoconcentrativa e a autoconsciência, de modo a abrir possibilidades para a MO sentir e pensar o seu próprio corpo, através de atividades de experiência sensorial e consciência propriocetiva, e atividades concretas da relação do

corpo com o espaço e os materiais. Tais atividades vão ao encontro da perspetiva de Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010), que sugerem que a intervenção com pessoas com depressão deve ser orientada para a ação, com incidência no desenvolvimento de capacidades sensoriomotoras, percetuais, cognitivas, sociais e emocionais. Por sua vez, Röhricht (2014) refere também um foco da intervenção na realização de movimentos exploratórios que garantam o aumento da perceção sensorial.

Nesta fase, a utente manifestava tremores demonstrativos durante a maior parte da sessão, desinteresse e desmotivação na realização das atividades, uma atitude negativa face ao seu desempenho nas tarefas, reduzida emotividade, baixa crítica em relação às tarefas e em identificar sensações provocadas pelas sessões, bem como revelava pouca permeabilidade ao toque da estagiária. O facto de evitar a realização de tarefas onde fosse sugerido fechar os olhos, ou de recusar colocar-se na posição de decúbito dorsal pode sugerir o medo da MO de perder o controlo e de se deixar vulnerável ao cuidado, ao toque e ao olhar do outro. Ao mesmo tempo, o acesso à passividade exige perder esse controlo e entregar-se ao controlo e imprevisibilidade do outro, o que nesta fase era ainda sentido pela MO como impossível e intrusivo.

Numa segunda fase da terapia, a MO começou a aumentar a confiança no espaço terapêutico, bem como a segurança e consistência na relação com a estagiária, o que permitiu a progressão de atividades de experiência somatossensorial e propriocetiva, para uma organização progressiva do EC e da IC. Assim, neste momento introduziram-se as mobilizações segmentares de modo a aumentar a consciencialização dos estados tónicos, e atividades promotoras da organização do EC tais como: tarefas de associação de sensação-representação (e.g. grafismo); associação representação-movimento; relação ritmo-movimento; associação respiração-movimento (aumentar consciencialização da respiração), e sequências de gestos e movimentos (e.g. processos imitatórios, de continuidade, de oposição, etc.). Esta abordagem da segunda fase da intervenção vai ao encontro da perspetiva de Röhricht (2014) que sugere que se trabalhe a expressão facial e linguagem corporal de pessoas com perturbação depressiva, de modo a desenvolver uma maior confiança na sua própria gestualidade e corporeidade, bem como a aumentar a consciencialização do esquema corporal e da noção de ritmo.

Nesta última fase, a MO apresentava uma postura mais colaborante, ausência de tremores o que sugere maior confiança e segurança no espaço terapêutico, e aumentou a verbalização no diálogo inicial quer acerca de episódios de vida e do quotidiano, quer acerca de sentimentos e emoções. Aqui, surge também a ambivalência entre a desvalorização da terapia e o medo de “*ficar mais doente ou*

demente” (sic.) ou de ser abandonada pelas terapeutas, o que pode sugerir a fragilidade emocional da MO e a responsabilização externa da sua melhoria, neste caso coloca essa responsabilidade na equipa que a acompanha. Denota-se ainda maior envolvimento e disponibilidade na realização das atividades, e maior permeabilidade ao toque e a realizar tarefas de olhos fechados.

No Anexo 19 encontram-se os planos e relatórios das sessões da MO.

4.2.6. Avaliação Final

Os resultados da avaliação final, que decorreu nas duas últimas sessões com a MO, serão apresentados de seguida.

- Bateria Psicomotora:

Na avaliação final da BPM foram aplicados os mesmos itens previamente selecionados na avaliação inicial, de modo a fazer uma comparação qualitativa com os resultados finais.

Ao nível da tonicidade verificou-se uma melhoria no acesso à passividade em zonas distais, menor resistência ao abandono dos membros inferiores e maior identificação e sensibilidade aos diferentes estados tónicos. De referir que a maior capacidade de acesso à passividade, embora que apenas em zonas distais, pode sugerir uma maior disponibilidade da utente para a contenção e, conseqüentemente, uma maior receptividade à relação com o outro.

Relativamente à equilibração, a MO manteve o equilíbrio com algumas oscilações, possivelmente justificadas pela diminuição do hipercontrolo tónico, pela ausência de contenção e hipercontrolo respiratório e inexistência de hiperextensão dos membros superiores junto ao corpo. Estes resultados indicam uma melhoria da regulação e controlo dos estados tónicos, adaptados às exigências do envolvimento.

A MO revelou capacidade de fechar os olhos durante as tarefas propostas sem evidenciar sinais de desconforto ou insegurança, evidenciando melhor controlo gravitacional e maior permeabilidade à aproximação da estagiária, que se pode traduzir em maior modulação afetiva.

Relativamente ao desenho do corpo, não se verificaram alterações significativas comparativamente com o desenho realizado na avaliação inicial. Em relação ao anterior, no presente desenho verifica-se a presença um detalhe de vestuário que permite a diferenciação entre o tronco e os membros inferiores (camisola e saia), porém não estão presentes as mãos. Durante esta



Ilustração 9. Desenho do Corpo da MO (avaliação final)

realização a utente demonstrou um traço mais firme, visível pela cor imprimida no traço, que pode revelar um maior controlo tónico.

- SCL-90-R:

Os resultados mais relevantes da aplicação final da SCL-90-R são ao nível da atitude postural da utente perante o questionário. Durante o preenchimento, a MO manteve uma postura colaborante, sem evidenciar desconforto ou sinais de ansiedade perante as questões colocadas e recorrendo a respostas abertas com situações exemplificativas sem que fosse necessário questionar. No entanto, ao nível dos sintomas não se notaram alterações significativas.

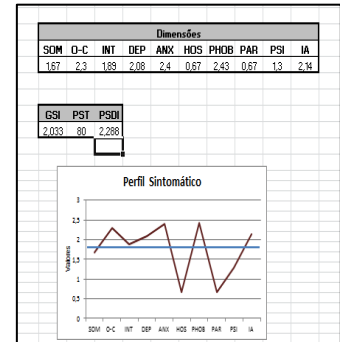


Ilustração 10. Resultados da SCL-90-R da MO (avaliação final)

- Ficha do Esquema de Tensões:

Durante a realização da Ficha do Esquema de Tensões, ao contrário da avaliação inicial, a utente não demonstrou sinais de ansiedade ou de hesitação, manifestou uma postura tranquila e colaborante e identificou as zonas de maior tensão (a vermelho) e as zonas de tensão intermédia (a amarelo), tal como é possível verificar na ilustração ao lado. O facto de ter identificado duas zonas de diferentes tensões sugere uma maior capacidade de escuta, maior consciência somatognósica e capacidade de identificar e reconhecer diferentes estados tónicos.

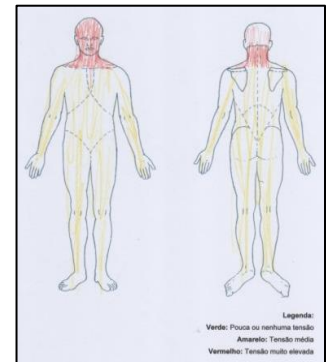


Ilustração 11. Ficha do Esquema de Tensões da MO (avaliação final)

Por outro lado, é importante analisar que a zona de maior tensão passou do peito (avaliação inicial) para a cabeça (avaliação final). O facto de essa passagem ocorrer de uma zona de tensão mais concreta (peito), associada ao controlo respiratório e a sintomas de ansiedade, para uma zona pensante, de consciência e de controlo (cabeça) pode demonstrar que a MO adquiriu maior consciência corporal, não só na identificação dos estados tónicos, como também na sua capacidade representativa do corpo.

- Informações retiradas a partir da GOC:

A MO manteve ao longo do processo terapêutico um investimento ao nível da imagem, demonstrando sempre uma aparência cuidada. A utente aumentou a expressividade facial, a capacidade de manter o contacto ocular e diminuiu a postura defensiva com que se apresentava inicialmente para uma postura de maior recetividade.

Através da observação psicomotora verifica-se uma maior persistência na realização das tarefas, bem como uma maior capacidade de diálogo, de questionar e responder a questões e fazer solicitações espontaneamente. Neste sentido, e apesar de não existirem dados quantitativos que o comprovem, considera-se que foi promovida a valorização pessoal da utente, e aumentou a sua capacidade de verbalização de sentimentos, emoções e situações relevantes do seu quotidiano. Do ponto de vista da relação, a utente manifestou maior tolerância ao toque da estagiária e maior confiança na expressão de sentimentos.

Ao longo da intervenção a MO melhorou a sua capacidade de imitar gestos e sequências de gestos de forma coordenada, bem como de criar novos gestos e sequências de movimentos. De acordo com a literatura, tais atividades fomentam a consciencialização do esquema corporal e da própria gestualidade (Röhrich, 2014) e, portanto, melhoram a consciência do corpo em ação.

4.2.7. *Apreciação global*

Após a intervenção psicomotora com a MO verificou-se uma maior disponibilidade tónica que permitiu que a utente não sentisse o toque da estagiária como ameaçador ou constrangedor, assim como a maior disponibilidade na relação terapêutica (e.g. maior expressividade facial naquele contexto, mais confiança, postura mais empática e atitude menos defensiva e de oposição). Para além destas melhorias, foi visível também um aumento da atenção sustentada durante a tarefa, um aumento da consciência das sensações propriocetivas e dos estados de contração e descontração, e um aumento da verbalização de sentimentos, emoções, situações de vida e do quotidiano.

É importante refletir que essa maior disponibilidade e confiança da MO no espaço terapêutico terão contribuído para abrir a possibilidade de verbalização de emoções, sentimentos, e de situações de vida que foram importantes para si. Considera-se que a relação terapêutica em conjunto com um espaço tranquilo e securizante, onde é tida em conta a postura terapêutica, a gestão da proxémia e o tipo de mediação corporal, garantem: a regulação tónica, espacial e rítmica centrada na forma da utente estar e agir com o seu corpo e na vivência da relação tonicoemocional com a estagiária, baseada no corpo em ação; a emergência da autonomia da utente pela tomada de consciência e integração das experiências vividas e da unidade corpo-mente; e permite ainda processos de *transfer* biunívoco entre o espaço terapêutico e o espaço quotidiano (Martins, 2001a; Boscaini, 1998; Levin, 1999).

Posto isto, a partir do momento em que este espaço terapêutico é sentido pela utente como um espaço securizante e um espaço para si própria, permite uma maior

disponibilidade tónica, na qual a MO podia fechar os olhos em determinadas tarefas, diminuindo a hipervigilância, sem perder o referencial e sem se sentir ameaçada.

5. DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Neste capítulo serão enunciadas as dificuldades e limitações sentidas pela estagiária ao longo do estágio curricular.

Uma das dificuldades relacionou-se com o facto de possuir uma reduzida experiência de intervenção com adultos no âmbito da saúde mental. Inicialmente constituiu uma limitação ao nível da associação dos conhecimentos teóricos e a sua aplicação prática, especificamente em pensar sobre cada utente e sobre que tipo de intervenção e estratégias utilizar. Porém, esta limitação foi sendo ultrapassada com a pesquisa mais aprofundada acerca das psicopatologias e revisão dos conteúdos teóricos lecionados anteriormente, melhorando a conceptualização de conceitos e sua aplicação.

Ainda no âmbito da intervenção no serviço de psiquiatria de adultos, uma outra limitação encontrada foi a inexistência de um instrumento normalizado à população portuguesa que avalie o perfil psicomotor do adulto. Principalmente no início do estágio, foi necessário refletir acerca de quais os instrumentos a utilizar e sob que critérios estabelecer o processo terapêutico dos utentes de modo a comprovar o alcance dos objetivos propostos. De referir que, neste sentido, foi melhorada a GOC como grelha orientadora da observação e monitorização da evolução do utente ao longo da intervenção que, apesar de não colmatar a falta de instrumentos, é um auxiliar à prática do psicomotricista.

Enquanto estagiária na equipa de pedopsiquiatria sentiu-se uma dificuldade inerente à falta de assiduidade e irregularidade de algumas crianças, na medida em que se considera ter condicionado os resultados dos projetos terapêuticos.

Por fim, é importante salientar que a relação da estagiária com a comunidade deu-se apenas ao nível dos cuidadores e familiares dos utentes, e com um professor de uma das crianças acompanhadas. Ao longo do ano ponderou-se realizar uma ação de formação com a instituição onde reside o NR no sentido de sensibilizar as auxiliares para as dificuldades da criança, contudo não foi possível de se concretizar.

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

Além das atividades inerentes ao estágio curricular, tais como a realização de avaliações, planeamentos e relatórios de sessões, reuniões com pais e sessões de intervenção, realizaram-se atividades complementares que contribuíram igualmente para a formação da estagiária.

6.1. Reuniões semanais de núcleo de estágio

As reuniões do núcleo de estágio em Saúde Mental (infantil e juvenil, e de adultos) decorreram ao longo de todo o ano letivo, geralmente de frequência semanal, perfazendo um total de 20 reuniões.

No âmbito destas reuniões contou-se com a apresentação de trabalhos sobre diversos temas escolhidos de acordo com as motivações e necessidades de cada aluna (consultar Anexo 1 - apresentação individual da estagiária intitulada “Análise do Desenho Infantil”); com a apresentação de casos clínicos acompanhados pelas estagiárias nos diferentes locais de estágio (consultar Anexo 21 e Anexo 22); com a partilha de informações, reflexões e experiências. Para além de favorecerem a capacidade reflexiva e crítica acerca do trabalho realizado, de alternativas e de estratégias terapêuticas, as reuniões de estágio garantiram também um aumento da confiança e segurança no que respeita ao pensar e analisar um caso clínico.

6.2. Sessões clínicas do HFF

As sessões clínicas do serviço de psiquiatria do HFF são momentos destinados à apresentação de diversas temáticas relevantes para a área da Saúde Mental, nas quais estão presentes todos os técnicos do serviço. Estas sessões realizam-se com periodicidade semanal, às quartas-feiras, e contam com dois momentos fundamentais: exposição da informação (e.g. apresentação de um tema ou de um caso clínico) e momento aberto a questões que suscitem discussão do que foi apresentado. As sessões clínicas foram uma oportunidade de enriquecimento profissional, não só pelo seu conteúdo formativo, mas também pela troca de ideias e opiniões que se gera no final de cada exposição.

6.2.1. Apresentação “Regulação Tónicoemocional na Terapia Psicomotora”

No seguimento das sessões clínicas, a estagiária apresentou o tema “Regulação Tónicoemocional na Terapia Psicomotora”, no dia 24 de Junho de 2015 (consultar Anexo 20). A apresentação dividiu-se em dois momentos essenciais: uma primeira exposição teórica acerca dos conceitos de esquema e imagem corporal, da elaboração da somatognosia, dos perfis tónicos e da avaliação desses perfis em psicomotricidade, e dos aportes tonicoemocionais na terapia psicomotora; e uma segunda parte onde foi apresentado um caso clínico e da intervenção psicomotora com esse caso específico, com a colaboração do relato da médica psiquiatra e da terapeuta ocupacional que acompanham a utente.

6.3. Reuniões das equipas comunitárias de Psiquiatria e da equipa de Pedopsiquiatria

As reuniões das equipas comunitárias de psiquiatria e da equipa de pedopsiquiatria realizam-se às quartas-feiras, após a sessão clínica. Durante todo o período de

estágio foi possível assistir a estas reuniões, nas quais se discutiam alguns casos clínicos e se procedia ao encaminhamento de utentes para o Espaço@com. Ao participar semanalmente nas reuniões de equipa foi possível um maior envolvimento e contacto com os diversos profissionais, assim como permitiu compreender a dinâmica multidisciplinar da equipa e do próprio serviço.

6.4. Artigo “*Depressão infantil: perda e desesperança*”

No decorrer do estágio curricular, surgiu a proposta do orientador académico em colaborar na preparação de uma conferência que iria ser realizada pelo próprio na 34ª Universidade de Verão em Paris, organizada conjuntamente pelo ISRP (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice) e pelo OIPR (Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation), intitulada “*Depressão, expressão psicomotora, prevenção e terapêutica*” (trad.).

Deste modo, em conjunto com o orientador académico e uma colega de núcleo de estágio, foi elaborado um documento constituído por uma revisão teórica sobre depressão infantil e por um caso clínico de uma criança diagnosticada com PHDA, mas que se considera que seja uma expressão comportamental mascarada por uma depressão. A partir deste documento, intitulado “*Depressão infantil: perda e desesperança*”, foi realizada a conferência em Paris pelo orientador académico e surgiu a hipótese de ser publicado um artigo na Revista Iberoamericana de Psychomotricidad y Técnicas Corporales. A próxima fase será proceder a uma revisão do documento já existente e enviar para posterior publicação.

6.5. Contribuição na estruturação da Grelha de Observação do Comportamento (GOC)

Tal como já foi referido anteriormente, no capítulo III. 2.2.4., foi composta esta grelha auxiliar à observação psicomotora em contexto de sessão por quatro alunos estagiários do núcleo de saúde mental do mestrado em Reabilitação Psicomotora, sob a orientação do Professor Doutor Rui Martins e da Professora Doutora Celeste Simões.

Para a elaboração da GOC os alunos reuniram-se diversas vezes para discutir ideias e fundamentos teóricos, de modo a tornar a grelha o mais objetiva, funcional e fiável possível. Ao longo desse percurso surgiram inúmeras questões e dificuldades, porém o grupo considera a possibilidade de futuramente fazer uma revisão teórica mais aprofundada e rever os domínios que constituem a grelha.

Desta experiência ressalva-se a importância pessoal e profissional das reflexões de grupo e da partilha que se geraram e que se tornaram relevantes dada a fase do estágio em que todos os elementos se encontravam.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ponto de vista da estagiária, o estágio curricular de mestrado é uma experiência que proporciona aos alunos não somente o aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos acerca da intervenção psicomotora, como também permite integrar saberes abordados ao longo da licenciatura e do primeiro ano de mestrado em Reabilitação Psicomotora. Apesar de considerar o ramo de atividade de investigação aliciante e necessário na consolidação científica e reconhecimento da profissão, a estagiária optou pelo ramo de aprofundamento de competências profissionais pelo seu carácter prático e que garante o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção terapêutica enquanto psicomotricista, da relação com os outros profissionais e da relação com a comunidade.

Relativamente ao estágio no HFF considera-se que foram cumpridos os objetivos descritos no capítulo III.1.1. Ao longo do ano letivo foram aprofundados os conhecimentos e metodologias em psicomotricidade, assim como a foi desenvolvida a capacidade de planear, estruturar e aplicar instrumentos específicos de avaliação e projetos de intervenção em saúde mental numa equipa multidisciplinar. Em relação ao contributo inovador para o desenvolvimento profissional do psicomotricista, devem ser referidas a futura publicação do artigo acerca do papel da psicomotricidade na depressão infantil e contribuição conjunta na estruturação da GOC, como instrumento qualitativo de apoio à observação psicomotora nas sessões terapêuticas e ao longo da intervenção.

Inicialmente este estágio foi apresentado à aluna como sendo apenas de atuação no âmbito da psiquiatria, porém surgiu a possibilidade de intervir também na equipa de pedopsiquiatria, oportunidade que foi aceite e sentida pela estagiária como uma mais-valia. A intervenção nos dois contextos, saúde mental infantil e juvenil e saúde mental de adultos, constituiu uma complementaridade do conhecimento e possibilitou uma constante reflexão ao longo do ano letivo acerca da forma como a terapia psicomotora pode atuar preventivamente no sentido de diminuir fatores de risco e atenuar o desenvolvimento de um quadro psicopatológico, ou de intervir nesse quadro caso já esteja presente. Ao longo do ano, a estagiária deparou-se com determinados contextos de vida e expressão comportamental e sintomática de crianças e jovens acompanhados na pedopsiquiatria, com os quais se podiam identificar semelhanças com histórias de vida e sintomatologia de adultos acompanhados no Espaço@com. Essa reflexão surgiu, então, do confronto com os fatores de risco e proteção presentes na vida de cada utente e que podem condicionar a sua trajetória de desenvolvimento pessoal, psicossocial e emocional, desde o início da vida até à vida adulta, moldando

a sua personalidade e a sua capacidade de lidar com as adversidades que surjam no seu percurso de vida.

Quanto ao enquadramento teórico foram apresentadas as psicopatologias mais prevalentes durante o período de estágio, e dado enfoque à intervenção psicomotora em cada uma delas. É importante salientar que esses temas constituem uma síntese das características essenciais de cada patologia, e que a intervenção psicomotora se dirige a cada indivíduo considerando as suas características singulares, e não às generalidades que caracterizam determinada doença. Assim, esta revisão de literatura pode ser vista como uma ferramenta que auxilia o psicomotricista a pensar e fundamentar a sua intervenção.

Relativamente à intervenção realizada descrita no enquadramento da prática profissional, esta organizou-se em sessões individuais e, pontualmente, de grupo. Com todos os utentes acompanhados procedeu-se à avaliação inicial e final, estabelecimento de um perfil intraindividual e projeto terapêutico, pensado de acordo com as necessidades e motivações pessoais de cada um. Especialmente no processo de pensar a intervenção, é importante ressaltar a importância da orientação semanal com o orientador académico e todas as reflexões diárias que surgiram com a orientadora local foram essenciais para a evolução da estagiária enquanto profissional, pois garantiram sempre resposta a todas as questões colocadas e permitiram-lhe refletir e ajudar a planear a melhor ação terapêutica para resolver determinado problema que fosse surgindo ao longo da intervenção com os casos acompanhados.

É de realçar a riqueza de conhecimento e de reflexão que decorreu ao longo do ano, que foi possível pela experiência nas duas equipas e que contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional da estagiária. A nível pessoal destaca-se o maior autoconhecimento e capacidade reflexiva, que se consideram competências fundamentais no trabalho em serviços de saúde mental. Tais capacidades interferem, naturalmente, com a prática profissional, na medida em que permitem que a terapeuta seja mais capaz de saber analisar e interpretar atitudes e posturas do utente, e de construir uma relação terapêutica sólida, baseada na segurança e confiança, com a necessária gestão de proximidade e cuidado no contacto com o utente para que este não seja sentido como intrusivo mas antes como securizante e contentor.

Especificamente a nível profissional, a estagiária salienta o desenvolvimento da capacidade de escuta e de observação psicomotora (e.g. da atitude, postura, disponibilidade corporal do utente), de aplicar e adaptar diferentes estratégias pensadas para cada indivíduo, e da capacidade de analisar e olhar de forma holística para um caso clínico considerando todas as variáveis que o constituem, ao invés de

ter apenas em conta o sintoma, pois este constitui a expressão de algo interno e psíquico.

Este estágio proporcionou ainda à estagiária compreender, participar e integrar o trabalho em equipa multidisciplinar, assim como comunicar com familiares e cuidadores dos utentes acompanhados. Acerca da participação na equipa multidisciplinar salienta-se a importância de refletir com outros profissionais, integrando diferentes formas de olhar e compreender a expressão da doença e todo o contexto no qual se desenvolveu, para além de aumentar o reconhecimento do psicomotricista enquanto profissional de saúde mental. Ao longo do estágio, as discussões entre equipas permitiram adquirir um maior conhecimento acerca de cada utente e mostrar o trabalho que ia sendo desenvolvido no âmbito da psicomotricidade. Relativamente à relação com a comunidade, considera-se importante ter momentos de reunião com os cuidadores dos utentes e professores das crianças acompanhadas, no sentido de integrar as informações dos vários contextos onde atuam e se relacionam.

A realização deste relatório, num período pós estágio permitiu à estagiária uma autoavaliação, na medida em que permitiu olhar em retrospectiva para o trabalho que desenvolveu, as estratégias que adotou e os resultados que obteve. Esta é considerada também uma forma de evolução e progressão, pois possibilita mais uma vez um olhar crítico e reflexivo acerca da sua forma de trabalhar e aquilo que pode melhorar.

Sublinhando a importância de dar conhecimento a outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos psiquiatras e pedopsiquiatras, do contributo que a terapia psicomotora pode ter enquanto terapia complementar numa equipa de saúde mental, considera-se relevante a realização de apresentações que permitam elucidar e evidenciar a necessidade de contratação de psicomotricistas nestes serviços. Apesar de no HFF o papel do psicomotricista ser reconhecido pelo serviço de psiquiatria, esta experiência levou a estagiária a considerar a realização de apresentações noutras equipas neste sentido.

O estágio curricular no HFF correspondeu e superou as expectativas da estagiária, e contribuiu significativamente para aumentar a sua capacidade reflexiva, solidificou a sua segurança profissional enquanto psicomotricista e aumentou a sua compreensão do indivíduo como um todo. Esta experiência permite concluir que a terapia psicomotora tem lugar em equipas de saúde mental, complementando outras intervenções no sentido de aumentar o bem-estar dos utentes. Em suma, este foi apenas o início do aprofundamento das competências profissionais, pelo que futuramente, a estagiária perspetiva continuar este caminho a refletir e pensar com quem mais sabe, contribuindo para o reconhecimento e desenvolvimento da profissão.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airagnes, G., Lemogne, C., Consoli, S. M., Schuster, J.-P., Zins, M., & Limosin, F. (2015). Personality Moderates the Improvement of Depressive Symptoms After Retirement: Evidence from the GAZEL Cohort. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), pp. 941–949.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental. *A psicomotricidade*, 6, pp. 56-64.
- Almeida, J. G., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupos Terapêuticos de Adolescentes com Perturbações do Comportamento. In M. J. Vidigal, *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 237-266). Lisboa: Trilhos Editora.
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, pp. 127-131.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition ed.).
- APP. (2012a). *Psicomotricidade*. Obtido em 2015, de Associação Portuguesa de Psicomotricidade: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- APP. (2012b). *Comissão de enquadramento profissional*. Obtido em 2015, de Associação Portuguesa de Psicomotricidade: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/comiss%C3%A3o-de-enquadramento-profissional>
- APP. (s.d.). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*. Cruz Quebrada.
- Barbosa, T., Miranda, M., Nunes, G., Schutte, T., Santos, K., & Monteiro, D. (2011). Outcomes of marijuana and opioids use during pregnancy. *FEMINA*, pp. 403-407.
- Barkley, R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Bennabi, D., Vandel, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T., & Haffen, E. (2013). Psychomotor Retardation in Depression: A Systematic Review of Diagnostic,

Pathophysiologic, and Therapeutic Implications. *BioMed Research International*.

- Berger, M. (2001). *A criança instável*. (M. M. Fernandes, Trad.) Climepsi Editores.
- Boscaini, F. (1998). Cuerpo y Emoción. Primer Espacio de Comunicación y de Representación. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 3, pp. 67-90.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, pp. 20-26.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia*. Climepsi Editores.
- Branco, M. E. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Livros Horizonte.
- Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Obtido de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Claudon, P. (2001). Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp. 200-210.
- CNSM & ACSS. (2012). *Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Obtido de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf
- CNSM. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- CNSM. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde; Alto Comissariado da Saúde; Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coleman, S. L., Pietrefesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, pp. 293–301.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C., & Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant: réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico Psychologiques*, pp. 420–427.
- CPP. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística, I.P.: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y
- Decreto-Lei nº 35/99. (5 de Fevereiro de 1999). *Diário da República nº30/99 - I Série A*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº203/08. (2008). *Diário da República nº197/08 - 1ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº304/09. (22 de Outubro de 2009). *Diário da República nº 205/09 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei nº8/10. (28 de Janeiro de 2010). *Diário da República nº19/10 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- EFP. (s.d.). *Statutes: Preamble*. Obtido em 2015, de European Forum of Psychomotricity: <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Fonseca, V. d. (1976). Conceitos e parâmetros de terapia psicomotora. In V. d. Fonseca, *Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade* (pp. 81-91). Editorial Notícias.
- Fonseca, V. d. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. d. (2010a). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), pp. 42-52.
- Fonseca, V. d. (2010b). *Manual de Observação Psicomotora* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fuentealba, R. G., & Bravo, C. A. (2008). *Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos*. Obtido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100004&script=sci_arttext

- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., et al. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* (3ª ed.).
- Gobbi, G. (1997). La dinámica familiar: origen de la inestabilidad de los niños. *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 1 (55), pp. 7-16.
- HFF. (2009a). *O Hospital - História, Missão, Valores*. Obtido em Fevereiro de 2015, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital_2
- HFF. (2009b). *Serviços Clínicos - Especialidades*. Obtido em Fevereiro de 2015, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/especialidades_70#117
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp. 73-86.
- Kaletsch, M., Pilgramm, S., Bischoff, M., Kindermann, S., Sauerbier, I., Stark, R., et al. (2014). Major depressive disorder alters perception of emotional body movements. *Frontiers in Psychiatry*, 5, pp. 1-8.
- Kendall, P. C. (2000). *Childhood Disorders*. New York: Psychology Press.
- Lei nº36/98. (24 de Julho de 1998). *Diário da República nº169/98 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Levin, E. (1999). *A Clínica Psicomotora* (2ª ed.). (J. Jerusalinsky, Trad.) Editora Vozes.
- Llinares, M. L. (2006). El juego: recurso básico en Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 6 (2), pp. 153-164.
- Macatee, R. J., & Cogle, J. R. (2013). The Roles of Emotional Reactivity and Tolerance in Generalized, Social, and Health Anxiety: A Multimethod Exploration. *Behavior Therapy*, 44, pp. 39-50.
- Mandy, W., Skuse, D., Steer, C., & Pourcain, B. S. (2013). Oppositionality and Socioemotional Competence: Interacting Risk Factors in the Development of Childhood Conduct Disorder Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 , pp. 718-727.
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult Attachment, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83 (1), pp. 131-141.

- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. d. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental - O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2008). A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Revista Diversidades*, 6 (21), pp. 19-28.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. J. Vidigal, *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 183-214). Lisboa: Trilhos Editora.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, T. (2014-2015). *Regulamento da Unidade Curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º Ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade de Lisboa.
- Masia, L., Guilé, J.-M., & Mille, C. (2014). Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant : évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62, pp. 65-71.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, pp. 85-95.
- Muchata, T., & Martins, C. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos - Uma revisão bibliográfica. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), pp. 47-56.
- Pawluk, E. J., & Koerner, N. (2013). A preliminary investigation of impulsivity in generalized anxiety disorder. *Personality and Individual Differences*, 54, pp. 732-737.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamenot associado. *Análise Psicológica*, pp. 509-521.
- Probst, M., & Vliet, P. V. (2005). A Terapia Psicomotora aplicada a pacientes adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*, pp. 15-33.

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105-113.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité : la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, pp. 114-119.
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu*. Lua de Papel.
- Röhrich, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*.
- Salgueiro, E. (Jan.-Jun. de 1999). Aspectos psicomotores das crianças irrequietas. *Revista de educação Especial e Reabilitação*, 6 (1), pp. 35-44.
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Fallu, A., et al. (July de 2006). Clinical Practice Guidelines. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51.
- Thompson, R. J., Kuppens, P., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., et al. (2015). *Emotional Clarity as a Function of Neuroticism and Major Depressive Disorder*. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/274570506_Emotional_Clarity_as_a_Function_of_Neuroticism_and_Major_Depressive_Disorder
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade Relacional e Terapia*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Obtido em Fevereiro de 2015, de http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Obtido de World Health Organization, Geneva: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

- WHO. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Obtido em Março de 2015, de World Health Organization, Geneva: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, pp. 201-220.
- Y.Struijs, S., Groenewold, N. A., Voshaar, R. C., & Jonge, P. d. (2013). Cognitive vulnerability differentially predicts symptom dimensions of depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, pp. 92-99.
- Yoon, K. L., Maltby, J., & Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotion regulation. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26 (5), pp. 558-572.

VI. ANEXOS

Os anexos ao relatório de estágio encontram-se em suporte digital.

Anexo 1. Apresentação "Análise do Desenho Infantil"

Anexo 2. Ficha do Esquema de Tensões

Anexo 3. GOC

Anexo 4. Plano e relatório de sessão do PS

Anexo 5. Avaliações do RS

Anexo 6. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos do RS

Anexo 7. Plano e relatório de sessão do RS

Anexo 8. Relatório de reunião com mãe do RS

Anexo 9. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos do JN

Anexo 10. Plano e relatório de sessão do JN

Anexo 11. Modificações comportamentais e atitudinais da MR ao longo da intervenção

Anexo 12. Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos da MR

Anexo 13. Plano e relatório de sessão da MR

Anexo 14. Avaliações da FP

Anexo 15. Perfil Intraindividual e plano terapêutico da FP

Anexo 16. Plano e relatório de sessão da FP

Anexo 17. Plano e relatório de sessão do grupo Come&Go

Anexo 18. Exemplos de relatórios de sessão do NR

Anexo 19. Planos e relatórios de sessão da MO

Anexo 20. Apresentação na sessão clínica do HFF

Anexo 21. Apresentação Estudo de Caso I – Pedopsiquiatria

Anexo 22. Apresentação Estudo de Caso II – Psiquiatria.